UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 92

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE CANCER

DANS LES VINGT PREMIERES ANNÉES DE LA VIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1911

PAR

R. GAYRAUD

Né le 6 avril 1888, à Béziers

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Examinateurs de la Thèse

Estor, *Professeur, Président.*
De Rouville, *Professeur adjoint.*
Riche, *Agrégé.*
Massabuau, *Agrégé.*

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI

1911

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 92

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE CANCER

DANS LES VINGT PREMIERES ANNÉES DE LA VIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

R. GAYRAUD

Né le 6 avril 1888, à Béziers

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Examinateurs de la Thèse

Estor, *Professeur, Président.*
De Rouville, *Professeur adjoint.*
Riche, *Agrégé.*
Massabuau, *Agrégé.*

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GENERALE DU MIDI

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen
SARDA..... Assesseur
IZARD..... Secrétaire

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. De ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire..	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS Paul.
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ESTOR, *Professeur, Président.* MM. RICHE, *Agrégé.*
De ROUVILLE, *Professeur adjoint.* MASSABUAU, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

R. G.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur ESTOR

Professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie

A TOUS MES MAITRES

R. G.

PRÉFACE

Qu'il nous soit permis, avant d'entreprendre ce travail, qui va marquer pour nous la fin des études médicales, de remercier tous ceux qui ont acquis des titres à notre gratitude.

C'est en premier lieu à notre père et à notre mère bien-aimés que nous adressons l'hommage de notre plus sincère et respectueuse reconnaissance, pour la tendre sollicitude dont ils ont toujours entouré notre enfance et notre jeunesse, et pour la façon affectueuse dont ils ont toujours encouragé nos efforts au cours de notre enseignement.

C'est ensuite à nos Professeurs, ces Maîtres éclairés et dévoués, à qui nous devons notre instruction médicale, en particulier à M. le Professeur Estor, notre président de thèse, à M. le Professeur de Rouville et à MM. les Professeurs agrégés Massabuau et Riche, qui ont bien voulu faire partie de notre jury, enfin à M. le Professeur Rauzier, dont l'enseignement si clair et si logique restera toujours notre guide dans d'exercice de la profession médicale.

Nous n'aurions garde d'oublier ici nos Maîtres de l'enseignement secondaire, les Professeurs de l'Ecole de la Trinité, de Béziers, qui nous ont donné d'une façon si dévouée notre première instruction.

Aux docteurs H. Ayme et M. Galen, qui ont bien voulu nous aider dans la rédaction de ce modeste travail, en mettant à notre disposition, le premier, son talent de dessinateur, le second, sa patience de chercheur, nous adressons ici nos plus sincères remerciements.

Merci, enfin, et de tout cœur, aux quelques amis à qui nous ont unis, pendant notre vie d'étudiant, les liens de la plus vive sympathie et de la plus cordiale amitié, pour l'aide morale si précieuse qu'ils nous ont apportée en toute circonstance. Les nécessités de la profession médicale pourront nous éloigner d'eux ; leur souvenir, du moins, restera toujours présent à notre esprit et dans notre cœur.

LE CANCER

DANS LES VINGT PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE

INTRODUCTION

Au début de cette étude, il nous a paru indispensable de nous expliquer clairement sur le sens que nous donnons au mot cancer.

Etymologiquement, ce vocable ne peut avoir aucun sens précis : issu d'une comparaison grossière entre la forme qu'affectent parfois certains néoplasmes et celle d'un crabe (en latin : cancer), il ne peut donner qu'une idée de la forme macroscopique de la tumeur, sans rien laisser entendre au point de vue de sa structure intime.

Cette absence de précision a permis de l'appliquer pendant longtemps à toute tumeur maligne, sans distinction d'origine histologique. Ce n'est que plus tard, au cours des progrès de la technique et des connaissances anatomopathologiques, que le sens du mot cancer s'est précisé et que ce vocable est devenu presque synonyme de tumeur maligne d'origine épithéliale.

C'est, en effet, de ces tumeurs et d'elles seules que nous avons fait le sujet de notre travail ; aussi ne présentons-nous dans nos observations que des cas dans lesquels l'examen clinique s'accompagne d'une étude histologique de la structure néoplasique.

Les sarcomes, fréquents dans le jeune âge, ont été systématiquement écartés du cadre de cette thèse.

L'idée primitive de cette étude nous a été donnée par un cas de tumeur épithéliale du sein, en période de transformation maligne observée dans le service de M. le professeur Estor, chez une fillette de 12 ans.

Nous nous empressons, d'ailleurs, d'en reproduire l'observation clinique et l'examen histologique, persuadé que rien ne saurait mieux étayer les principes posés dans cette introduction, que la publication de ce cas nettement typique.

Observation première

Adéno-carcinome du sein chez une fillette de 12 ans
(Observation due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

Louise A..., âgée de 12 ans, est entrée à l'hôpital le 11 mai 1911.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

La maladie actuelle a débuté il y a un mois.

Etat actuel (18 mai 1911) : le sein gauche, deux fois plus volumineux que le droit, est sillonné par un réseau veineux très développé, et n'est adhérent ni à la peau ni à l'aponévrose du grand pectoral.

Il est indolore à la pression, de consistance indurée ; on ne perçoit pas de ganglions axillaires. Bon état général.

Diagnostic. — Tuberculose massive de la glande mammaire. Une ponction exploratrice ne fournit que du sang.

Le 26 mai 1911. — Par une incision sous-mammaire, on enlève un fragment de la tumeur pour l'examiner au microscope.

L'examen microscopique, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique, montre qu'il s'agit d'un adénome du sein, en voie de transformation maligne ; il est, par suite, urgent d'extirper radicalement le néoplasme.

L'opération est pratiquée le 9 juin 1911.

La malade quitte l'hôpital le 23 juin 1911.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massabuau).

Certaines préparations de la tumeur présentent la structure typique d'un adénome diffus, avec une considérable néoformation d'acini. En certains points, le tissu conjonctif séparant les uns des autres les acini glandulaires, présente une

Vue d'une partie de la préparation montrant les stades de la transformation adéno-carcinomateuse

(Dessin de M. le docteur Ayme.)

prolifération inflammatoire, surtout marquée autour des tubes glandulaires.

Dans d'autres préparations, l'aspect de la tumeur se transforme. On constate que certains acini néoformés sont revêtus par plusieurs couches de cellules épithéliales, qui tendent à devenir atypiques.

Dans certaines autres, on voit apparaître, dans la lumière, des végétations épithéliales qui donnent à ces figures l'aspect

de l'épithélioma dendritique. Enfin, dans de très nombreux acini volumineux et irréguliers, la membrane basale a totalement disparu, l'acinus est rempli par des cellules épithéliales atypiques, la lumière a disparu, la vitrée basale est rompue et le petit amas cellulaire prend l'aspect d'une travée carcinomateuse.

En certains points, entre les acini qui ont encore conservé leurs contours, on voit, disséminés dans le tissu conjonctif, de petits amas de cellules épithéliales atypiques.

Les vaisseaux sanguins sont très nombreux et très dilatés dans toutes les préparations. Leurs parois sont épaissies et il sont entourée d'une gangue inflammatoire manifeste. Quelques-uns d'entre eux sont envahis par la prolifération épithéliale.

En résumé, il s'agit d'un adéno-épithéliome de la mamelle dans lequel on peut saisir tous les termes de passage entre l'adénome pur et l'épithélioma.

Cet épithélioma présente une intensité de prolifération cellulaire considérable.

Les ganglions présentent des lésions d'inflammation chronique avec un état de congestion extrêmement marqué.

Dans aucun de ceux que nous avons coupés, nous n'avons constaté l'existence de métastases épithéliomateuses.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude du cancer, au sens que nous donnons ici à ce mot, est d'origine récente ; comportant une recherche approfondie de la structure histologique, elle ne date que de l'invention du microscope.

J. Muller, en 1838, est le premier à appliquer aux néoplasmes la théorie cellulaire.

Peu après, entre les histologistes, s'élève un grand débat au sujet de l'identité de la cellule cancéreuse, avec les autres cellules de l'économie, Lebert, Broca, Follin n'admettant cette identité que pour les tumeurs bénignes (*homœmorphes*) Virchow, Cornil et Ranvier étendant cette loi à tous les néoplasmes.

Tiersch et Waldeyer, en 1870, sont les premiers à voir que les tumeurs épithéliales proviennent directement de la prolifération d'un épithélium normal.

Enfin, en 1890, Bard (de Lyon) admet la spécificité cellulaire absolue, chaque variété de cellule pouvant donner naissance à une variété correspondante de tumeur, formée de tissu adulte ou embryonnaire. Bard reprend l'adage de Virchow : « *Omnis cellula e cellulâ* », en le complétant : « *Omnis cellulla e cellulâ ejusdem naturae* », dit-il.

C'est sur cette notion de la spécifité cellulaire qu'est fondée la classification actuelle des tumeurs. Grâce à elle le mot cancer a perdu le sens vague et général qu'il avait auparavant pour prendre celui, plus précis, de tumeur épithéliale.

Au cours de ces recherches, le cancer de l'enfance a fait l'objet d'un certain nombre de travaux, nous passons ici en revue ceux qui nous ont paru les plus intéressants.

Au temps de Lebert (1851), le cancer chez l'enfant est peu connu. Lebert, lui-même, ne paraît pas y attacher grande importance, bien que ses statistiques le conduisent à une proportion de plus de 3 %.

Giraldès, dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants s'occupe du cancer de l'œil et arrive à une proportion de 15 %.

Thompson et Jolly étudient alors le cancer de la prostate et Th. Anger, celui de la langue.

En 1876, Duzan apporte son tribut à la question sous la forme d'une œuvre solidement documentée, qui constitue le premier travail d'ensemble sur ce sujet.

Les travaux de St-Germain, de Chauveau, d'Engelbach contribuent aussi puissamment à faire progresser les recherches dans le même sens.

Depuis, les études se sont continuées, il existe sur ce sujet un certain nombre d'ouvrages parmi lesquels la thèse de Galard sur l'épithélioma aux divers âges ; celles de Martin et de Mariage sur les tumeurs malignes des enfants et l'étude de Christiani sur les néoplasmes congénitaux, nous ont paru devoir être citées spécialement.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Le cancer des jeunes ne présente pas, nous semble-t-il, de particularités étiologiques méritant d'être étudiées séparément ; aussi nous contentons-nous d'exposer ici les théories étiologiques ordinairement admises pour le cancer en général.

On reconnaît aujourd'hui au cancer un certain nombre de causes que nous divisons en deux groupes, selon que leur action est générale ou locale.

A. Etiologie générale. — a) *Age.* — Le cancer paraît être surtout une maladie de l'âge adulte, se montrant de préférence après 45 ans. Cependant il est indéniable qu'il peut se rencontrer à tout âge. Les statistiques faites en vue d'établir sa fréquence chez les enfants ne concordent pas entre elles : les différences, souvent considérables, viennent évidemment de ce que les auteurs ne prennent pas tous le mot cancer dans le même sens. Galard, s'appuyant sur des faits accompagnés d'examen histologique, trouve une proportion de 0,56 % chez les enfants au-dessous de dix ans. On a également observé un certain nombre de cancers congénitaux : tel le squire du cœur observé par Bilard chez un enfant de trois jours.

b) *Sexe.* — Chez l'adulte, la femme serait plus souvent atteinte que l'homme ; à ce sujet, les statistiques fournissent des chiffres véritablement éloqents. C'est ainsi que Lebert trouve une proportion de 131 hommes pour 218 femmes, et d'Espine, 23 hommes pour 43 femmes.

Chez l'enfant la proportion serait inverse, les fillettes étant moins souvent affectées du cancer que les garçons : telle est du moins l'opinion du docteur Mariage. Nous devons ajouter que nous-même, sans avoir rien fait pour parvenir à ce résultat, trouvons exactement le même nombre de garçons et de filles dans les 28 cas que nous publions à la suite de cette thèse.

c) *Hérédité.* — C'est un des facteurs étiologiques dont l'action a été la plus discutée. Broca, Williams, Paget, etc., citent des exemples véritablement frappants de familles de cancéreux, et on trouvera plus loin deux cas dans lesquels l'influence héréditaire paraît évidente. (Observ. II, V.)

Par contre, Snow, Lebert, Combes, Silley, et plusieurs autres, ont, par leurs statistiques, montré que les faits dans lesquels l'hérédité semble bien établie sont en assez faible proportion (13 % des cas environ).

Pour Verneuil, l'hérédité cancéreuse ne serait pas forcément une hérédité similaire, la tumeur présentée par le descendant d'un cancéreux n'ayant pas fatalement la même structure que celle de l'ascendant.

Selon Hutchinson, il n'y aurait pas transmission directe du cancer, mais simple prédisposition du descendant d'un cancéreux, à constater lui-même cette maladie. Telle est croyons-nous, la façon dont il faut entendre les mots d'hérédité cancéreuse ; et les cas de transmission directe, comme celui dont parle Friedreich, d'une mère atteinte de cancer du foie, mettant au monde un enfant dont le genou gauche présentait une nodosité cancéreuse sont trop peu nombreux pour qu'on puisse y voir autre chose que des coïncidences.

d) *Diathèses.* — La question d'hérédité devait fatalement suggérer l'idée de diathèse. Ici encore le débat est loin d'être clos.

Tandis que Bazin regarde le cancer comme une manifestation tardive, une sorte d'aboutissant de l'arthritisme et de l'herpétisme, et que Tuffier, s'appuyant sur la coexistence

fréquente du cancer avec le diabète, fait relever de l'arthritisme ces deux affections, Hardy se refuse à voir dans les manifestations herpétiques des futurs cancéreux autre chose qu'un signe de prédisposition, et à admettre la moindre identité de nature entre le cancer et les diathèses envisagées.

Pour Quénu, il n'y aurait pas de diathèse cancéreuse à proprement parler, mais toute maladie diathésique capable de troubler gravement et de dévier la nutrition des éléments anatomiques constituerait un sérieux élément de prédisposition.

La tuberculose et la syphilis ont été également invoquées comme éléments étiologiques du cancer. Deux sujets dont nous rapportons l'observation, semblent en avoir subi l'influence : l'un (observ. XXII) ne présente aucun antécédent pathologique personnel, mais les renseignements recueillis sur son père permettent de penser à la tuberculose ; l'autre (observ. III) a présenté des signes très nets de syphilis, et est, de plus, alcoolique.

e) *Race et Climat.* — Il ne semble pas que les études faites jusqu'ici sur ce point aient donné les résultats bien palpables. Les races et les pays cités comme réfractaires au cancer sont généralement ceux où l'observation médicale est le moins facile, et par conséquent, le moins pratiquée.

On aurait néanmoins remarqué une prédominance marquée du cancer dans les régions tempérées. Quoi qu'il en soit, ces facteurs étiologiques nous semblent peu dignes de retenir l'attention.

f) *Autres causes.* — Certains auteurs, notamment Lancereaux et Lasègue ont incriminé l'action des émotions dépressives. Pour d'autres auteurs, le régime trop animalisé prédisposerait au cancer.

Verneuil admet l'influence de la viande de porc, et Arnaudet incrimine la propagation par l'eau.

Ces dernières causes sont encore loin d'avoir montré nettement leur efficacité.

B) Etiologie locale. — Cette seconde partie de l'étiologie comprend surtout des causes considérées comme occasionnelles. Toutefois il en est quelques-unes qui n'ont vraisemblablement qu'un rôle prédisposant ; telles sont les causes qui perturbent localement la nutrition cellulaire : les hétérotopies de tissus, les ectopies d'organes, les nævi, enfin les tumeurs bénignes dont la transformation maligne est assez fréquente, et dont on trouvera quelques exemples dans nos observations, en particulier dans la première, déjà exposée.

Comme causes occasionnelles, nous citerons le traumatisme et la contagion.

a) *Traumatisme.* — Le professeur Segond, dans son rapport au Congrès français de chirurgie en 1907, admet le traumatisme comme cause occasionnelle.

Pour lui, le traumatisme peut être : soit révélateur d'une lésion jusque-là latente, sur laquelle il attire l'attention, soit aggravateur d'un néoplasme dont il précipite l'évolution par un ébranlement local ou à distance, soit enfin révélateur et aggravateur en même temps.

D'ailleurs, quel que soit le rôle du traumatisme, Segond n'admet son action que sur un terrain prédisposé par une cause générale ou locale.

Plusieurs de nos observations, notamment les X^e^, XVI^e^ et XX^e^, présentent des exemples frappants de ce mode d'étiologie.

b) *Agents d'irritation divers.* — De cette action, on peut rapprocher celle des agents physiques, chimiques, mécaniques ou inflammatoires, agissant d'une façon continue sur les téguments. (Observ. XVIII.)

Il est évident que les professions exposant à l'action de certaines substances irritantes, ou à certains contacts vulnérants, exposent ceux qui les exercent à contracter le cancer.

c) *Contagion.* — La théorie étiologique de la contagion, qui s'accorde d'ailleurs très bien avec les doctrines pathogéniques parasitaire et microbienne, est certainement ingé-

nieuse. Le docteur Mariage cite, dans sa thèse, deux faits dignes de retenir l'attention ; d'autre part, quelques cas d'épidémies cancéreuses ont été observés, malheureusement la rareté des faits empêche encore de conclure fermement à la réalité absolue de la contagion.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du cancer chez l'enfant ne semble pas différer, du moins dans ses grandes lignes, de celle qu'on observe dans le cancer de l'adulte.

a) Anatomie macroscopique. — Tous les organes peuvent être atteints, mais l'affection paraît se localiser de préférence d'une part sur le tube digestif, d'autre part sur les organes génitaux femelles. Après, viennent par ordre de fréquence : la peau, les reins, la langue, les viscères abdominaux, le larynx, l'encéphale et les organes génitaux mâles.

Les tumeurs épithéliales des enfants ont une tendance assez marquée à l'envahissement de proche en proche, et à distance. L'épithélioma semble, à ce point de vue, moins dangereux que le carcinome : il sera facile de se convaincre, par la lecture de nos observations que le retentissement ganglionnaire est moins fréquent dans le premier cas.

Les métastases ganglionnaires et viscérales, surtout pulmonaires et hépatiques, semblent assez fréquentes. Nous publions deux cas de métastase pulmonaire consécutifs, l'un à un cancer du rein, l'autre à un carcinome du pancréas.

L'envahissement de proche en proche se voit aussi, nous en rapportons quelques exemples.

Comme autre caractère macroscopique, notons enfin une tendance marquée à l'ulcération, surtout dans les tumeurs superficielles.

b) Anatomie microscopique. — Nous devons ici signaler un caractère un peu spécial, auquel, vraisemblablement le cancer des enfants doit l'évolution rapide sur laquelle nous insistons plus loin : c'est la prédominance extrêmement marquée du tissu épithélial sur le tissu conjonctif.

Comme variétés histologiques, l'épithélioma à globes épidermiques semble être assez fréquent, l'un de ceux-ci affecte même une tendance à la calcification, sans toutefois présenter les tigelles osseuses qu'on rencontre d'habitude dans ces cas. (Observ. XVIII.)

Dans d'autres cas, nous rencontrons la transformation adéno-carcinomateuse, notamment dans notre première observation.

Enfin, un cancer colloïde de l'S iliaque, consigné dans nos observations, est également cité par Galard, d'après lequel il serait le seul observé au-dessous de 20 ans.

En somme, nous pouvons conclure de ce chapitre qu'il n'y a pas de différence fondamentales entre les tumeurs épithéliales de l'adulte et celles de l'enfant.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE — ÉVOLUTION

Rechercher quels sont les symptômes fonctionnels et les signes physiques auxquels peut donner naissance le cancer épithélial au cours de ses localisations sur les divers organes, serait une œuvre de trop longue haleine que nous ne pouvons songer à entreprendre ici.

Nous allons sommairement indiquer les symptômes généraux que produit d'ordinaire le cancer chez les jeunes, et essayer de nous rendre compte des différences que présente son évolution avec celle qu'il affecte chez l'adulte.

Les grandes caractéristiques du cancer au-dessous de la vingtième année semblent être précisément une marche extrêmement rapide et une malignité exceptionnelle.

Quoique plusieurs malades, dont nous publions ici les observations, aient été perdus de vue après leur sortie de l'hôpital, l'étude des quelques cas où le malade a pu être suivi semble bien démontrer cette malignité, et nous ne croyons pas que l'on doive, au moins dans l'ensemble des cas, adopter la théorie de certains auteurs, pour lesquels les cancers survenant au-dessous de 15 ans seraient doués d'une moindre gravité.

Quant à la rapidité d'évolution, nous croyons qu'on peut pleinement accepter les conclusions du docteur Mariage fixant de quatre à cinq mois, en moyenne, la durée de l'affection abandonnée à elle-même.

On a discuté pour savoir si l'atteinte portée à l'état gé-

néral était ou non plus précoce chez l'enfant que chez l'adulte, la question ne nous paraît pas facile à trancher. Nous croyons cependant pouvoir conclure, de l'étude des observations que nous avons entre les mains, que la cachexie, ou tout au moins les troubles généraux assez avancés, ont une tendance à s'établir précocement chez l'enfant. La cachexie cancéreuse classique avec teint jaune paille est rare, mais l'anémie est souvent constatée.

On comprend, d'ailleurs, que la brusquerie avec laquelle évolue le néoplasme puisse ne pas laisser aux manifestations générales le temps de s'établir.

Un fait qui prouve bien la déchéance de l'organisme, c'est la facilité avec laquelle se déclarent, chez les jeunes cancéreux, les affections intercurrentes, et les infections de voisinage.

Il eut été intéressant de comparer la marche du cancer dans les divers organes chez l'adulte et chez l'enfant ; il ne nous est malheureusement pas possible de le faire, sauf pour quelques cas, les observations recueillies par nous ne portant généralement pas de renseignements relatifs à la durée. Cependant, nous pouvons, ici, fournir deux exemples frappants : un cancer du rectum et un cancer de l'S iliaque, dont la durée normale, chez l'adulte, est de un à deux ans d'après les classiques, évoluent ici le premier en six mois, le second en deux mois et demi.

La plupart des autres cas portent l'indication de mort rapide ; quoique cette remarque ne s'accompagne pas de données numériques relatives à la durée de la maladie, elle montre combien l'observateur a été impressionné par la surprenante rapidité d'évolution de la tumeur.

En terminant cette étude symptomatologique, il nous paraît intéressant d'opposer à la forme aiguë du cancer chez les jeunes, la forme essentiellement lente qu'affecte la même affection chez les personnes âgées, la forme du squirrhe atrophique des vieilles femmes.

Ce que nous avons dit dans notre étude anatomo-pathologique explique d'ailleurs bien ces différences d'allure, le squirrhe devant son évolution chronique à la puissante réaction conjonctive que ne présente presque jamais le cancer épithélial des jeunes.

CHAPITRE V

PRONOSTIC — TRAITEMENT

De ce que nous avons fait entrevoir de la marche des tumeurs épithéliales chez l'enfant, on doit conclure que ces affections, déjà si graves chez l'adulte, empruntent au jeune âge du sujet chez lequel elles se développent, un caractère absolument extraordinaire de gravité.

A cela s'ajoute un autre élément de mortalité, comme on pourra aisément s'en rendre compte en parcourant nos observations, un certain nombre de jeunes malades meurent sans qu'aucune opération ait été tentée : certainement, dans bien des cas, la marche rapide, foudroyante pourrait-on presque dire, de l'affection n'a pas laissé au chirurgien le temps d'intervenir, mais, malheureusement, trop nombreuses sont les fois où la maladie a été méconnue, parce que le jeune âge du sujet a fait écarter systématiquement l'hypothèse du cancer, malgré les exemples rapportés par les auteurs les plus autorisés.

Le traitement ne peut être que chirurgical, c'est dans l'extirpation aussi large et aussi précoce que possible qu'il réside tout entier. Il serait, croyons-nous, imprudent de s'attarder à des procédés infidèles comme la fulguration ou la radiothérapie quand on est en présence de maladies dont la marche est si rapide, et l'issue si souvent mortelle.

Parmi les malades dont nous publions l'observation, certains n'ont pas été opérés pour les raisons énoncées plus

haut ; d'autres n'ont pas été suivis après leur départ de l'hôpital. Nous ne pouvons donc tirer de là une idée bien nette de la facilité avec laquelle se produisent les récidives. Toutefois, nous trouvons un cas vraiment typique de récidive à brève échéance, survenue quinze jours après l'ablation de la première tumeur. (Observ. XXVIII.)

Nous devons néanmoins faire remarquer que les chances de succès, si faibles soient-elles, existent cependant : témoin le cas de ce malade opéré et guéri sans récidive, alors que, contrairement à la règle, les ganglions régionaux n'avaient pas été enlevés (observ. XVI). Mais cela n'est qu'un fait exceptionnel, et, si les bons résultats obtenus de loin en loin doivent faire écarter une abstention toujours dangereuse, ils ne doivent ni faire perdre de vue l'extrême malignité habituelle de l'affection, ni inspirer au chirurgien un espoir exagéré que démentirait trop souvent un résultat fatal.

OBSERVATIONS

Observation II

Carcinome de l'estomac chez une fille de 13 ans

(Norman Moore. Communication à la Patholog. Soc. of London, 10 nov. 1884
In *Semaine médicale*, 1884, p. 466)

M. Moore a observé un cas de carcinome de l'estomac chez une fille de 13 ans. Les symptômes gastriques étaient peu marqués, l'enfant se plaignait surtout de dyspnée ; elle était d'une pâleur extrême et pouvait à peine marcher. Le visage, les bras et les jambes étaient œdématiés.

A la base du cœur on entendait un fort souffle systolique. Pas d'albuminurie ni d'hématémèse.

A l'autopsie, on trouva un carcinome colloïde du cardia adhérent au foie et mesurant 8 centimètres de diamètre.

Il n'y avait de métastase dans aucun organe. Le cœur était dilaté et contenait plusieurs caillots adhérents. Selon l'auteur, ce cas est le premier où un carcinome de l'estomac ait été diagnostiqué d'une manière indubitable au moyen du microscope chez un sujet aussi jeune.

La grand'mère de l'enfant est morte d'une tumeur probablement cancéreuse du côlon descendant.

Observation III

Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une jeune femme de 19 ans

(E. Hirtz et E. Lesné, *Médecine mod.*, 29 juillet 1896)
(In *Revue des maladies cancéreuses*, 1896-1897)

Jeune femme de 19 ans, sans antécédents héréditaires. Chancre induré à 13 ans ; court traitement consécutif. Excès

alcooliques. Depuis deux ans, amaigrissement, et, depuis six mois, douleurs intermittentes stomacales, réveillées par l'ingestion des aliments ; dans les derniers temps, inappétence, régurgitations et vomissements des aliments, qui sont arrêtés au niveau du cardia. Symptômes de tuberculose pulmonaire à marche rapide. Mort.

A l'autopsie, on constate des lésions de la tuberculose pulmonaire, une péritonite chronique avec semis généralisé de granulations, un rétrécissement de l'œsophage à 15 centimètres au-dessous du cricoïde et un épaississement considérable, d'aspect lardacé, de toutes les parois de l'estomac. L'examen microscopique donne les renseignements suivants : « L'épithélium a presque complétement disparu, la surface de la muqueuse est hérissée de prolongements conjonctifs recouverts de cellules cylindriques. Ces prolongements limitent une série de boyaux juxtaposés, allant vers la profondeur, ramifiés par places et tapissés de cellules cylindriques assez régulièrement implantées sur les parois ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en voit quelques-unes de libres dans la cavité. Parfois les culs-de-sac sont coupés perpendiculairement à leur axe et apparaissent sous forme de cercles dont la face interne est tapissée par le même épithélium cylindrique typique. En aucun point il n'y a de carcinome. Toute la muqueuse est occupée par ces culs-de-sac dilatés qui en rendent les éléments méconnaissables ; les fibres de la couche musculaire sont dissociées et séparées par les mêmes éléments épithéliaux. Plus profondément, le tissu cellulaire est infiltré de nombreuses cellules cylindriques plus grosses et plus irrégulières, dont le noyau se colore mal à l'hématoxyline ; elles sont là disposées irrégulièrement et entourées d'éléments conjonctifs avec fibrilles et cellules rondes abondantes.

Cela paraît être en somme un épithélioma développé aux dépens des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse gastrique.

Les mêmes lésions existent au niveau du cardia et du pylore. Généralisation ganglionnaire.

Observation IV

Forme fruste de cancer de l'estomac à symptômes d'obstruction intestinale (Landouzy, *in* thèse de Essard. Lyon, 1906-1907)

Dans les derniers jours de décembre 1872, entre à Beaujon, pour des vomissements, dans le service de M. Axenfeld, remplacé par M. Brouardel, B. Henri, fumiste, âgé de 17 ans et demi. Le malade, petit, grêle, d'une maigreur excessive, ayant à peine quelques poils follets sur les joues, paraît 15 ans et rappelle assez bien le type d'infantilisme décrit par M. Lorrain.

B..., né à Paris de parents bien portants, n'a jamais été malade, mais a toujours été chétif ; ses parents, son frère et quatre sœurs sont frêles comme lui.

En mars dernier, B..., travaillant aux fortifications comme manœuvre, tombe dans le fossé sur l'abdomen, est amené à Beaujon avec une plaie contuse de la face et sort quinze jours après, complètement guéri.

Il y a deux mois seulement, sans cause comme sans excès, il vomit deux heures après avoir mangé comme de coutume. A partir de ce jour, il peut à peine prendre quelque chose sans le vomir ; ces vomissements, purement alimentaires, ne sont ni précédés ni suivis de douleurs. B... continue à travailler jusqu'au jour où, perdant ses forces et son embonpoint, il entre à l'hôpital.

B... est d'une maigreur excessive, la peau est pâle, sèche, les muqueuses sont décolorées ; le ventre est rétracté, la palpation abdominale est indolore ; la percussion donne de la sonorité en tous points, si ce n'est à l'épigastre, sur le côlon transverse. On sent, sur le trajet du côlon transverse, du côlon descendant, et surtout dans la fosse iliaque gauche, des masses dures, indolores et assez volumineuses, qui donnent à la main la sensation de matières fécales agglomérées. Sous l'influence des lavements purgatifs, quelques-unes de ces masses se déplacent et disparaissent ; on trouve dans les selles

des matières dures ayant assez l'aspect et le volume de petits marrons.

Malgré le traitement énergique (purgatifs, croton en pilules et en lavement), il reste, à droite et en haut de l'ombilic, sur le trajet du côlon transverse, une masse dure, mate, peu douloureuse et seulement à la pression, masse du volume d'une pomme d'api, que la main ne peut ni déplacer ni fragmenter.

Tout aliment ingéré est vomi, et cela dans un laps de temps variable, après le repas ; il n'y a pas de selles. La langue est rouge, sèche. Soif vive, appétit conservé ; apyrexie, souffle léger à la base du cœur.

Des douches d'eau simple, puis d'eau de Seltz, semblent déplacer la tumeur qui, après être venue se placer sur une ligne passant par l'ombilic, reprend sa position à droite et en haut. Les jours suivants, la tumeur n'éprouve aucun changement, le malade s'affaiblit et demande à manger malgré les vomissements. Lavements de bouillon.

9 *janvier*. — La tumeur paraît avoir changé, elle est plus plate. Même état général grave, mêmes vomissements alimentaires. Ventre ballonné.

12 *janvier*. — Toutes les médications par le haut et par le bas, ayant échoué, l'affaiblissement faisant des progrès rapides, l'amaigrissement étant extrême, on songe à ouvrir l'abdomen pour rechercher l'obstruction intestinale, que l'on croit due à l'accumulation de matières fécales condensées et durcies.

Le lendemain, ballonnement du ventre, douleurs vives, spontanées et à la pression. Crampes dans les membres, faciès grippé. Mort le soir.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve, au niveau de la partie antérieure des fausses côtes droites, en dedans de la vésicule biliaire, une masse atteignant le volume d'un œuf de poule ; masses bilobées, dont les lobes forment, par leur réunion, un angle ouvert à gauche. Le côlon trans-

verse est en rapport immédiat avec cette masse ; tout autour se voient des traces de péritonite récente.

L'estomac est dilaté, le pylore est englobé dans la masse. L'incision de l'estomac, suivant la grande courbure, montre un léger paquet hémorragique au niveau de l'antre du pylore

Le pylore est enfermé de toutes parts dans le lobe supérieur de la masse, ou plutôt celui-ci est formé par un épaississement considérable du pylore, qui constitue une tumeur résistante, dure à la coupe, d'aspect et de consistance de tissu fibreux, donnant par le râclage un suc dans lequel le microscope montre de grosses cellules très variables de forme et renfermant un noyau ayant moitié, au plus, du volume de la cellule. L'orifice pylorique, fortement rétréci et sinueux, laisse à peine pénétrer l'extrémité du petit doigt, la muqueuse n'est point ulcérée.

A cette masse squirrheuse est accolé un ganglion dur, haut de 2 centimètres, large de 5 centimètres, formant le second lobe de la tumeur.

Ce ganglion ferme, résistant, comme fibreux à la périphérie, est ramolli et caséeux à son centre ; à côté et en arrière de ce gros ganglion s'en voient d'autres, petits, fermes, qui contribuent à augmenter le volume de la tumeur épigastrique.

Observation V

Carcinome de l'estomac chez une jeune fille de 19 ans
(Kocher (Mémoire de Matti). *In* thèse de Essard. Lyon, 1906-1907)

Eléonore S..., 19 ans, horlogère.

Entrée le 23 mai 1904.

Début de la maladie, au milieu de janvier, par des douleurs d'estomac violentes, des malaises et des vomissements. Vingt et un vomissements avec des oranges qui avaient été mangées quatorze jours avant. Depuis, la malade a vomi presque tous les matins. Douleur et sensibilité à la pression de l'épigastre, une heure après avoir mangé. Les douleurs s'irradient dans le dos et le bras gauche. Sensation de douleur dans la région

de l'estomac. Toutes les douleurs cessent après le vomissement. Depuis fin janvier, nourriture simplement liquide. Constipation, amaigrissement, perte des forces.

Deux mois avant, accouchement. Mère morte d'un carcinome inopérable du ventricule de l'estomac.

Etat général. — Nutrition très diminuée. Hémoglobine, 85 %.

Etat local. — On sent, à droite et en haut de l'ombilic, une petite tumeur placée en travers, de 3 à 4 centimètres de long, de la grosseur du pouce. Estomac fortement dilaté, se contracte vivement en travers, L'estomac, dilaté, va jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, et, à droite, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Diamètre transversal de l'estomac, 18 centimètres ; diamètre longitudinal, 28 centimètres. A la partie supérieure droite, légère résistance. Sur la grande courbure, on sent quelques ganglions.

Chimisme. — Repas d'épreuve. Filtrat, 165 cc. Réaction acide. Pas d'acide chlorhydrique. Acidité totale, 0,438 pour 1.000. Déficit d'acide chlorhydrique, 0,415 pour 1.000. Réaction d'acide lactique fortement positive. Présence d'acide butyrique.

Microscopiquement, nombre de bactéries en amas. Le matin, rétention de 1.400 cc.

Diagnostic clinique. — Carcinome du pylore.

Opération le 2 juin 1904. Narcose au bromure d'éthyle, section médiane. Tumeur du pylore. Ablation de quelques glandes sur la grande courbure et dans la concavité du duodénum. A la petite courbure, de nombreux ganglions montent très haut. Leur ablation est difficile, mais on peut cependant la réussir complétement. Après libération de la partie malade, résection typique de Kocher avec gastro-duodénostomie. Suture de la paroi, pansement au collodion.

Préparation microscopique — Pylore sténosé sur une distance de 6 millimètres. La paroi, en ce point, est épaissie de

plus de 1 centimètres. La musculaire est hypertrophiée en faisceaux comme des plumes. Ulcus de 2 centim. 50 de diamètre ; la muqueuse, au pourtour, est bourgeonnante et jaunâtre. Sous-muqueuse infiltrée de carcinome. Nodules sur la séreuse. La tumeur a l'apparence d'un ulcus simplex.

Microscopiquement (professeur Langhans), carcinome simplex allant jusqu'à la séreuse. Métastases cancéreuses dans les ganglions.

Evolution. — Le second jour, vomissement d'environ 300 cc. de sang décomposé.

A partir du troisième jour, alimentation per os. Guérison telle que la patiente pouvait être renvoyée le 18 juin. Plus aucun vomissement : une alimentation mixte devient très bien tolérée. Selles régulières.

Revue le 2 août 1904. La patiente paraît manifestement mieux et elle a repris 17 livres.

Depuis l'opération, plus jamais de vomissements ni de douleurs d'estomac. La patiente se sent manifestement plus forte, a bon appétit et se nourrit, sans la moindre incommodité, d'une alimentation variée.

Etat général bon. Cicatrice linéaire non adhérente. Pas d'éventration. Pas de résistance à l'épigastre. L'estomac, insufflé, va jusqu'à l'ombilic. Le bord du foie est à sa place normale. La surface est lisse. Le matin, pas de rétention. Repas d'épreuve : pas d'acide libre. Acidité totale : 0,365 pour 1.000. Acide chlorhydrique : déficit, 0,547 pour 1.000. Microscopiquement, rares bacilles de moyenne longueur. Pas d'acide lactique.

Observation VI

Epithélioma de la paroi stomacale chez un enfant de 8 ans

(Ashby et Wright. *In* thèse de Essard. Lyon, 1906-1907)

Il s'agit d'un enfant de 8 ans admis pour météorisme de l'abdomen. Pas de vomissements ni de tumeur, aucune sensibilité de l'abdomen. Quelques mois plus tard, l'abdomen est

sensible et l'on palpe une tumeur à droite de l'ombilic. L'enfant se plaint de vives douleurs, la mort survient rapidement.

L'autopsie révèle la présence d'adhérences très fortes entre l'estomac, le duodénum et le côlon transverse. L'estomac, dilaté, à ses parois épaissies ; le pylore laisse à peine passer l'index. En amont du pylore, l'on constat deux petites tumeurs de la grosseur d'un pois, et, en aval, sur les abords du duodénum, l'on remarque une cavité à bords irréguliers et en partie détruits par le néoplasme.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithéliome.

Observation VII

Cancer encéphaloïde de l'estomac ayant envahi la rate, chez un enfant de 14 ans

(A. Sheffer. *In* thèse de Essard. Lyon, 1906-1907)

Michel B..., âgé de 14 ans, entre le 22 mai 1877 à la Clinique des enfants à Strasbourg ; renseignements très graves.

Le malade affirme s'être toujours bien porté antérieurement. Depuis neuf semaines, il se sent malade et il l'attribue à un refroidissement. Le malade se contredit à plusieurs reprises.

Il prétend avoir toujours ressenti, depuis le début de sa maladie, une douleur dans le côté gauche ; il a perdu l'appétit et ne peut dormir comme d'habitude, à cause de sa douleur. Il n'a jamais rien éprouvé du côté des organes respiratoires, ni douleur, ni toux. A son entrée, la température est de 38°2 le matin ; le pouls, un peu accéléré à 126 ; la respiration à 28. Voici son état au 3 mai : le malade fait une triste impression ; le visage est blafard avec une teinte jaunâtre, les muqueuses conjonctivale et labiale sont profondément anémiées ; la peau est jaunâtre comme chez les individus cachectiques ; elle est sèche, rugueuse, et l'on remarque aux extrémités une grande quantité de lamelles épidermiques en voie d'exfoliation.

Pas d'œdème, ni d'exanthème ; nulle part des ganglions

lymphatiques saillants. Le pannicule adipeux a presque complétement disparu ; la musculature est peu développée, la charpente osseuse très grêle.

Le malade affectionne le décubitus dorsal, mais il peut en changer très facilement et sans douleur. La peau n'est pas chaude, le pouls est petit. Pas de troubles sensoriels.

Respiration costo-abdominale ; la partie inférieure du thorax paraît avoir une excursion moins ample du côté gauche ; les espaces intercostaux paraissent plus larges à ce niveau et la moindre pression éveille une douleur assez vive.

Percussion normale en avant ; pas d'augmentation de volume du foie ; dans la fosse sous-clavière gauche, le son est fort, plein et profond ; il s'obscurcit un peu vers la troisième côte et prend un timbre tympanique, qu'il revêt franchement au niveau de la cinquième. Dans la ligne axillaire, à gauche, le son est un peu obscur et tympanique vers la sixième côte ; la matité s'accentue au-dessous et se laisse poursuivre jusque sous les fausses côtes. Rien du côté du cœur.

A gauche et derrière, la percussion montre un peu de matité au-dessous de l'épine de l'omoplate ; celle-ci devient absolue au niveau de la septième côte. Dans toute l'étendue de cette zone de matité, la respiration prend un caractère bronchique pendant l'expiration

La langue est blanche, humide. Pas de vomissements. L'abdomen paraît proéminent à sa partie supérieure, et la palpation indique que le côté gauche est légèrement plus saillant : on provoque au point saillant, à gauche, une très vive douleur et l'on ressent au même niveau une légère résistance.

A une palpation méthodique, on reconnaît la présence d'une tumeur lisse dont le bord antérieur s'avance à 1 centim. 5 de la ligne blanche, s'étend inférieurement à une largeur de main de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A ce niveau, une vive douleur. La limite de cette tumeur paraît répondre à la rate hypertrophiée. En avant du bord antérieur, jusqu'à la ligne médiane et au delà : bruit de succussion.

Selles et urines normales, pas d'albumine.

L'examen du sang montre une augmentation considérable des globules blancs. Prescription : cataplasme, vin de quina, régime tonique.

Les jours suivants, la température a oscillé entre 36°7 et 37°1 le matin, 38° et 38°1 le soir. Le patient est apathique, son sommeil est interrompu par des douleurs lancinantes qu'il éprouve dans le côté gauche.

Jusqu'au 13 mai le malade se plaint d'une vive douleur à la tête ; la douleur du côté gauche le poursuit sans relâche. Les urines ne contiennent toujours pas d'albumine.

14 *mai.* — Vomissement, le premier depuis le commencement de la maladie ; le malade expulse les aliments sans mélange de matières bilieuses.

Dans les semaines suivantes, la température s'éleva avec un caractère régulièrement rémittent, elle atteint 39°4 et 39°8.

23 *mai.* — Nouveau vomissement alimentaire. Le patient devient d'une maigreur squelettique.

28 *mai.* — Accès de dyspnée ; le malade est obligé de s'asseoir sur son lit ; il se plaint toujours d'une douleur à l'hypochondre gauche. Sinapismes, injection de morphine.

Les jours suivants, les accès de dyspnée se répètent.

2 *juin.* — La température s'élève à 40° ; le patient a un aspect absolument cachectique. L'exploration du thorax montre de la matité en bas et en arrière. L'examen ophtalmoscopique ne montre ni les altérations spéciales de la leucémie ni du tubercule.

3 *juin.* — Température, 38°4 le soir. Le patient est très agité à cause de sa douleur et de sa dyspnée.

4 *juin.* — Collapsus. Vomissement vers 3 heures, rouge foncé et marc de café ; incontinence de l'urine et des matières fécales. Mort à 6 heures du soir.

Autopsie par Recklinghausen. — L'abdomen est saillant, plus à gauche qu'à droite. Il contient un liquide abondant mêlé de débris floconneux. Anses intestinales agglutinées dans

une grande étendue. Estomac dilaté, adhérent au foie et à l'épiploon. Une fois ces adhérences rompues, on tombe sur une masse de tissu blanc, dur, qui constitue, le long des mammaires internes, à gauche, trois tumeurs ovifórmes appartenant probablement à des ganglions ; la coupe en est granuleuse et donne beaucoup de liquide. De même, à droite des mammaires internes, les ganglions qui se trouvent au niveau du manubrium offrent la même lésion, mais moins avancée. L'estomac, distendu, est soudé à la portion gauche du diaphragme. Point de perforation. Légères adhérences au foie ; ganglions mésentériques durs, volumineux, laissant échapper beaucoup de liquide. Quelques nodosités blanchâtres au niveau du repli péritonéal du rein gauche. Rein droit pâle et volumineux.

Le fond de l'estomac, malgré la dilatation, paraît petit, rétréci qu'il est par la tumeur. On y remarque une grande ulcération s'étendant presque jusqu'au cardia ; à bords légèrement enroulés ; au milieu, on trouve une masse fragmentée noirâtre ; le pylore a une teinte rouge, il n'est pas obstrué ; on trouve, appliquées contre la colonne, des tumeurs semblables à celles que nous avons signalées.

Le rein gauche est adhérent à la tumeur. Au niveau du cardia, on voit une tumeur qui occupe la partie stomacale dégénérée tout entière ; la petite courbure montre de nombreux nodules de même nature ; certains points sont complétement caséeux.

L'examen microscopique pratiqué sur des morceaux durcis de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde. On y voyait de nombreuses cellules rondes, granuleuses, dans les alvéoles irrégulièrement disposées au milieu du stroma ; celui-ci ressemblait, en beaucoup de points, au tissu conjonctif ordinaire ; ailleurs, il se rapprochait du tissu réticulé. Il s'agissait, dans notre cas, d'un cancer de l'estomac ayant envahi la rate, en la détruisant en grande partie. C'est le premier cas de ce genre qui ait été signalé chez l'enfant Les symptômes du côté de l'estomac étaient combinés de telle

sorte à ceux du côté de la rate, qu'il n'était pas possible de les rapporter à leur véritable origine et qu'une méprise était fatale.

Observation VIII

Carcinome colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans

(L. Duclar, Société d'anatomie, 1879, pp. 645-650)
In thèse de G. Martin. Montpellier, 1906

Ch... Georges, 19 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 octobre, salle Saint-Lazare, n° 18, service du docteur Dujardin-Beaumetz.

Jusqu'au 15 août 1879 il a toujours joui d'une excellente santé ; dans la nuit, à cette époque, il est réveillé par des douleurs de ventre très vives, et bientôt, il est pris de vomissements et de diarrhée. Les douleurs, généralisées dans tout l'abdomen, présentent néanmoins plus d'acuité dans le flanc droit. Ces divers phénomènes s'apaisent le lendemain ; il garde la chambre vingt-quatre heures, puis reprend son travail. Du 17 août au 10 octobre, santé assez bonne, douleurs abdominales vagues. Il va journellement à la garde-robe, le plus souvent en diarrhée. A partir du 10 octobre, constipation, d'abord combattue efficacement par les purgatifs, mais, à partir du 16, de plus en plus tenace et accompagnée de nausées et de douleurs violentes dans l'abdomen. Depuis le 23, il ne rend même plus de gaz pas l'anus ; le 29, il entre à l'hôpital.

Jeune homme pâle, très amaigri, traits tirés, yeux excavés, ventre ballonné, donne à la percussion un son tympanique. La tension de la paroi abdominale empêche toute exploration profonde. L'attouchement de l'abdomen éveille dans l'intestin des contractions qui semblent dessiner à l'intérieur la plus grande partie du gros intestin, le côlon ascendant, transverse et descendant. La paroi abdominale antérieure, circonscrite par ces portions intestinales, saillantes, ressemble à un cadre dont l'intérieur, un peu déprimé, répond aux régions ombilicales et hypogastriques.

La palpation ne fait reconnaître aucun point plus particulièrement douloureux ; elle ne permet de constater ni empâtement ni résistance. On fait le diagnostic d'obstruction intestinale ; et étant donné que, par le toucher rectal et l'exploration à l'aide de sondes, on ne trouve aucune lésion du rectum ; étant donné, d'autre part, la forme de l'abdomen, les contractions intestinales signalées plus haut, on s'arrête à l'idée que la lésion doit siéger à l'S iliaque. Quant à la nature de la lésion, on pense qu'elle doit être de marche chronique, étant donnés les premiers symptômes apparus il y a deux mois et demi. Cependant, pendant deux mois, la santé du malade n'a pas été trop mauvaise. Aussi, tout en écartant l'invagination et le volvulus, fit-on des réserves pour la présence d'une bride sur laquelle l'intestin serait venu s'étrangler progressivement. On pense à une affection d'origine tuberculeuse ou cancéreuse, bien que l'absence de signes pulmonaires soit contre la première, et le jeune âge contre la seconde.

L'obstacle ne pouvant être vaincu et l'état du malade empirant, on fait la laparotomie le 30. A l'aide d'une main introduite dans la cavité abdominale, on reconnaît dans la fosse iliaque gauche une tumeur ayant le volume d'une grosse noix, englobant l'intestin et paraissant avoir contracté quelques adhérences avec les parties profondes, car on ne peut pas la mobiliser et l'attirer vers l'extérieur. M. Perrier pratique aussitôt un anus contre-nature au niveau de la portion inférieure du côlon descendant. Issue d'une grande quantité de matières fécales. La journée du 30 est bonne. Dans la nuit, il survient quelques vomissements. Le 31, à 8 heures du matin : moyenne, 38°6 ; à 10 heures, les extrémités se refroidissent. Cyanose, pouls petit, précipité ; mort dans le collapsus.

Autopsie. — La tumeur occupe la partie moyenne de l'S iliaque du côlon. Elle repose sur la fosse iliaque gauche, aux parties inférieures de laquelle elle adhère (péritonite localisée). La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; elle mesure 6 centimètres sur 45 millimètres et englobe toute la circonférence de l'intestin. Sa consistance est dure et uni-

forme. L'anus contre nature s'ouvre immédiatement au-dessus de son extrémité supérieure, qui est dilatée et pleine de mucus et de matières fécales. Des liquides versés par l'extrémité supérieure ne passent pas par l'extrémité inférieure.

A l'examen microscopique, on remarque qu'il s'agit d'un carcinome colloïde type. Rien dans les ganglions lombaires et iliaques ; rien dans les autres viscères.

Observation IX

Carcinome rectal chez une fillette de 11 ans

(Stern. *Deustche Medicinische Wochenschrift*, 1892, n° 22)

Cette observation est celle d'une fillette âgée de 11 ans, Martha G..., qui fut amenée le 3 juin 1891 à l'hôpital Marie de Dusseldorf. L'enfant était malade depuis le commencement de mai. Peu à peu les selles étaient devenues irrégulières. Plusieurs fois il lui était arrivée de rester plusieurs jours de suite sans aller à la garde-robe, et alors les selles n'étaient obtenues que difficilement par de violents purgatifs. En même temps, l'enfant se plaignait de douleurs dans le ventre.

A son entrée, on fait les constatations suivantes :

Enfant très fortement constituée, mais très amaigrie, visage défait. L'abdomen est fortement ballonné, surtout au-dessus de l'ombilic.

En dessous, on aperçoit, à travers la paroi abdominale, les mouvements péristaltiques de l'intestin, qui sont très exagérés. La percussion donne un son nettement tympanique.

Par la palpation, on ne sent aucune tumeur. Pas trace de hernie. Langue épaisse. Pouls petit, régulier, un peu accéléré (110 pulsations). Rien d'anormal dans la poitrine. Température, 37°2. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. L'ingestion des aliments et même des boissons est aussitôt suivie de vomissements.

L'exploration vaginale et rectale, faite sans chloroforme, ne donne aucun résultat.

Les lavements, même glycérinés, employés à cette époque, ne donnent aucun résultat. Par le lavage de l'estomac on retire d'abondantes matières brunâtres d'odeur infecte. Le lendemain (4 juin) on endormit l'enfant et on put alors sentir, par le toucher rectal, une tumeur ferme, percée en son centre d'un petit orifice annulaire, qui obstruait l'intestin.

Le diagnostic fut : invagination chronique. Pour remédier aux accidents d'obstruction intestinale, on pratiqua un anus lombaire.

Les suites de l'opération furent excellentes. Selles abondantes à la suite desquelles le météorisme diminua beaucoup. L'enfant, se trouvant beaucoup mieux, demandait à manger ; les selles se produisaient régulièrement par l'anus artificiel. Peu à peu l'appétit et les forces revinrent ; l'enfant put se lever et se promener un peu.

Cet état dura jusqu'à la fin du mois de juillet ; à partir de cette époque, l'enfant s'affaiblit et dépérit progressivement. A plusieurs reprises, elle eut des convulsions et de la fièvre. Son amaigrissement devint extrême. Vomissements fréquents, œdème cachectique.

Pendant un toucher rectal pratiqué vers la fin d'octobre, un morceau de la tumeur, gros comme une noisette, vint à se détacher. L'examen microscopique de préparations dissociées de cette tumeur montra qu'elle était formée de cellules épithéliales à noyaux et nucléoles présentant tous les caractères de l'épithélium cylindrique.

Sur les coupes, colorées à l'hématoxyline, on apercevait nettement un stroma conjonctif aréolaire formant des loges qui étaient remplies de cellules épithéliales.

En quelques points les mailles étaient vides, tandis qu'en d'autres les cellules épithéliales étaient disposées sans ordre au milieu du tissu conjonctif. Par places, la structure glandulaire apparaissait très nettement. Il n'était donc plus permis de douter qu'il s'agissait d'un carcinome.

Dès lors, le diagnostic de tumeur maligne du rectum s'imposait.

Le mauvais état général ne permettait plus de songer à intervenir par l'opération de Kraske.

L'enfant se cachectisa de plus en plus et mourut le 10 décembre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, s'écoule un jet de sérosité jaunâtre, tenant en suspension des flocons d'un blanc sale ; le péritoine pariétal est très épaissi et recouvert d'exsudats épais ; les circonvolutions intestinales sont unies les unes aux autres par une péritonite fibrineuse et purulente.

Organes génitaux normalement développés ; l'utérus, les ovaires et les trompes sont unis aux parois du bassin par de solides adhérences.

L'incision du rectum fait découvrir, à 10 centimètres environ de l'anus, une tumeur résistante, annulaire, large d'environ 4 centimètres, qui obstrue l'intestin. Elle adhère par une large base aux parois du rectum. Sur ces parois, on voit, au-dessous de la tumeur principale, un certain nombre de noyaux secondaires variant de la grosseur d'un pois à celle d'une petite cerise Plusieurs d'entre eux sont munis d'un pédicule large et court et font saillie dans l'intestin ; la surface de la tumeur est irrégulière et sanguinolente.

Il ne fut pas possible de trouver la moindre tumeur dans les autres organes.

L'examen microscopique de la tumeur confirma tout à fait celui qui avait été fait pendant la vie. Partout on trouva nettement les caractères du carcinome et particulièrement de l'adéno-carcinome, tel qu'on le rencontre chez l'adulte.

Sur quelques préparations, on voyait l'aspect typique décrit par Ziegler (*Pathologie générale*), à propos du carcinome de l'estomac.

L'auteur n'a pas trouvé de cas analogue dans la science et fait ressortir l'utilité qu'aurait eue pour la malade un diagnostic précoce.

Observation X

Un cas de cancer utérin chez une jeune fille de 19 ans. Hystérectomie (*Tchopp-Jouj. Rousk. Med. Gaz.*, n° 7, 1896) In *Revue des mal. cancér.* 1896-1897, p. 41

Jeune fille de 19 ans, bien portante habituellement, réglée à l'âge de 11 ans. Il y a quatre mois, chute dans l'escalier, suivie d'une abondante métrorragie. Depuis cette époque, quelques pertes d'eau rousse et plusieurs nouvelles métrorragies. Aucune douleur. A l'examen des organes génitaux, vulve normale ; hymen circulaire intact, percé d'un orifice dilatable et permettant l'introduction du doigt. Au toucher, à 5 centimètres de l'entrée, tumeur irrégulière, remplissant tout le vagin ; la consistance de cette tumeur est ferme, mais sa surface est friable ; elle fait masse avec le col utérin ; le corps est petit, rétroversé. Le doigt ramène un ichor sanguinolent, inodore. Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes. Suites normales.

A l'examen macroscopique, on constate que tout le col et une partie du corps sont envahis par le néoplasme ; l'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Observation XI

Epithélioma du col. Curettage sous novocaïne lombaire. Hystérectomie abdominale totale

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur De Rouville)

Marie R..., 18 ans.

Entre salle Ambroise-Paré, n° 10, pour douleurs abdominales, pertes blanches et pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — 1° généraux : nuls ; 2° génitaux : réglée à 14 ans régulièrement, règles peu abondantes, durant trois jours, non douloureuses, sans caillots. Ni accouchement, ni avortement.

Début, il y a six mois environ, par pertes blanches abondantes tachant et empesant le linge, sans douleur à la miction. Depuis, quelques pertes rouges peu abondantes, sans hémorragies véritables.

Depuis un mois, douleurs abdominales généralisées sans localisation précise, douleurs lombaires, influencées par la fatigue et la menstruation, se manifestant surtout avant l'apparition de l'écoulement sanguin.

Les pertes blanches sont devenues plus abondantes et d'une fétidité extrême. La malade est obligée de « se garnir » comme au moment de ses règles. Celles-ci ne sont en rien modifiées ; leur abondance et leur durée sont les mêmes ; seulement elles sont précédées de douleurs très vives.

Etat général altéré, anémie intense, muqueuses décolorées.

Pas d'augmentation de volume du ventre.

Appareil digestif : appétit conservé, pas de constipation.

Appareil circulatoire : rien.

Appareil respiratoire : rien.

Appareil urinaire : miction normale, non douloureuse, pas de petit brightisme.

Système nerveux : rien.

Examen. — Le col est occupé par une masse irrégulière, bourgeonnante, végétante, dure et friable tout à la fois, saignant facilement, donnant des sécrétions fétides.

Signe de Larroyenne positif.

Autour de la tumeur on ne trouve pas le cercle du col utérin.

Examen histologique. — Epithélioma du col à développement surtout vaginal.

Le 24 mars 1911, sous novocaïne lombaire, curettage des fongosités qui remplissent le vagin.

Bonne anesthésie, quelques nausées à la fin. On enlève à la curette, on coupe aux ciseaux, on arrache avec les doigts des masse mamelonnées, végétantes, développées dans le vagin. On arrive, à la fin, sur les parties macroscopiquement saines

de l'utérus ; celui-ci paraît peu volumineux, en antéversion, mobile et descendant bien sous la traction de la pince à griffe. Hystérométrie, 6. On termine par la thermocautérisation du col.

Depuis, la malade n'a plus saigné. Mais les 28, 29, 30 et 31 mai, le 1er juin, fièvre vespérale de 39° à 40°.

Deux jours d'apyrexie les 2 et 3 juin, puis nouvelles élévations thermiques de 38° à 39° les 4, 5, 6, 7 et 8 juin, puis la fièvre cesse. Le 15 juin, on examine la malade sous anesthésie générale à l'éther, l'utérus est fixé et descend mal sous la traction des pinces ; on renonce à l'hystérectomie vaginale.

Le 17 juin 1911, sous anesthésie à l'éther, goutte à goutte (160 gr.), laparotomie médiane.

Après incision du péritoine pariétal et mise en place de la grande valve et de l'écarteur à deux branches, on aperçoit l'utérus en antéversion, peu augmenté de volume. On le saisit à l'hystérolabe ; le fond et le corps paraissent normaux ; mais l'isthme et le col sont augmentés de volume ; les tissus sains sont remplacés par un tissu friable, saignant facilement ; l'utérus adhère, en avant, à la vessie. On va à la recherche des annexes droite : l'ovaire est sclérokistique, non adhérent. A gauche, les annexes sont adhérentes au gros intestin, l'ovaire est sclérokystique.

Incision du péritoine antérieur ; décollement de la séreuse et isolement de la vessie. Incision du ligament large sur les côtés de l'utérus.

Pincement des artères utérines, incision basse de l'utérus d'avant en arrière. Résection d'une large tranche vaginale (3 centimètres). Ligature des artères utérines, utéro-ovariennes et du ligament rond, drain vaginal fixé par un catgut à la section du vagin. Péritonisation parfaite de droite à gauche. Drain abdominal.

Suture à trois plans, agrafes.

Examen des pièces. — L'utérus paraît peu augmenté de volume, le fond et le corps paraissent normaux.

A la coupe, cependant, les parois sont épaissies, infiltrées

par le processus néoplasique : la cavité est normale. Mais toute la région isthmique et la région cervicale sont remplacées par une masse irrégulière, gris-rougeâtre, de consistance dure et friable tout à la fois, saignant très facilement. Les parois des artères utérines sont très friables et se sont déchirées sous la compresse.

Les ovaires sont sclérokystiques.

Suites opératoires — Le 17 *juin* 1911 *soir*. — Température, 36°1 ; pouls un peu petit, pas rapide (90), pas de vomissements ; la malade n'a pas uriné seule, mais le cathétérisme a ramené de l'urine.

Le 18 *juin* 1911 *matin*. — Température, 36°5 ; soir, 37°4.

Le 19 *juin* 1911 *matin*. — Température, 39° ; pouls rapide (130). Pas de douleur abdominale, pas de vomissements, pas d'émissions de gaz par l'anus. Deux cachets de calomel, 30 grammes d'huile de ricin, émission de gaz par l'anus. — *Soir :* Température, 39°3.

Le 20 *juin*. — Ablation du drain ; abdomen non ballonné, peu douloureux. — *Matin :* température, 38°5. — *Soir :* température, 39°2.

Le 21 *juin matin*. — Température, 37°5 ; pouls, 80 ; facies excellent. — *Soir :* température, 38°.

Le 22 *juin matin*. — Température, 37° ; pouls, 75 ; état général excellent. — *Soir :* température, 37° ; pouls excellent.

Observation XII

Carcinome du col de l'utérus chez une fillette de 8 ans

(Ganghofer. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1888, t. IX, p. 337)
(Résumée d'après traduction de M. D. Marcus)

A. B..., âgée de 8 ans, entrée à l'hôpital le 4 décembre 1897. Depuis, deux ou trois hémorragies presques continues, du côté des organes génitaux. On n'a pu recueillir aucun renseignement sur la famille.

L'enfant est bien développée, l'état général est assez bon, la peau et les muqueuses sont un peu pâles.

L'examen du ventre et du thorax ne révèle rien de particulier.

Les voies génitales présentent un écoulement sanguinolent et muqueux. L'hymen est conservé, présente des incisures ; très extensible, il permet le passage de l'index. Le vagin paraît large vu l'âge de l'enfant. Le doigt y sent des protubérances molles, nombreuses, paraissant tenir à la paroi antérieure.

L'examen, sous anesthésie, permet de voir, grâce au petit spéculum, une tumeur irrégulière, grosse comme une noisette, friable, saignant au moindre contact. (Un morceau détaché spontanément fut soumis à l'examen microscopique du professeur Chiari.)

On pense à un sarcome malin, comme on en voit quelquefois au moment de la puberté. On décide de pratiquer l'ablation aussi complète que possible.

Le 14 décembre. — Opération par le docteur Bayer.

On trouve une tumeur hérissée de saillies, recouvrant la partie antérieure de la portion vaginale du col ; elle s'implante par un pédicule du diamètre d'une pièce de 1 franc.

Ablation aux ciseaux, thermocautérisation de ce qui reste. Hémostase au thermocautère et par compression. Tampons iodoformés dans le vagin.

Le 15 décembre. — Fièvre, vomissements, pâleur, collapsus.

Le 16 décembre. — On enlève les tampons, la plaie suppure peu, les parois antérieure et supérieure du vagin sont intactes, la tumeur siégeait uniquement sur le col. La malade se plaint de céphalée, les selles et les mictions sont normales, l'abdomen ne présente ni ballonnement, ni sensibilité. Le soir, la température est à 40°.

Le 17 décembre. — La variole se déclare, on porte la malade au pavillon des contagieux ; elle meurt le 25 décembre.

.....

Autopsie. — *Utérus.* — Longueur totale, 2 centim. 6. Epaisseur de la paroi, 2,5 à 3 millimètres.

Le col est petit ; sur la lèvre antérieure, une large plaie qui empiète même sur la paroi vaginale antérieure.

Le vagin est long de 5 centimètres, rougeâtre, les plis sont normaux. Les annexes sont normales.

Les ganglions inguinaux et pelviens sont tuméfiés. Pas de métastase.

Examen microscopique (professeur Chiari). — Cet examen porte sur deux pièces :

1° Un morceau de tumeur détaché spontanément au cours du premier examen clinique de la malade ,

2° Les parties excisées au cours de l'opération.

Les deux examens aboutissent aux mêmes conclusions :

Carcinome encéphaloïde développé aux dépens des glandes de la muqueuse.

Dans les préparations, on voit un stroma conjonctif plus ou moins riche, dans lequel se trouvent des cellules épithéliales à gros noyaux sphériques, portant, pour la plupart, des nucléoles. Le protoplasma des cellules est, dans quelques préparations, assez mal délimité. Les noyaux présentent fréquemment des figures de karyokinèse.

Au niveau des parties ulcérées, on voit de nombreux leucocytes entre les cellules et des îlots de nécrose épithéliale et conjonctive.

Les tubes glandulaires, dont quelques-uns sont sectionnés dans le sens de la longueur, présentent soit une seule, soit plusieurs rangées de cellules rétrécissant plus ou moins la lumière du canal.

Aux extrémités de la tumeur, on retrouve, sur les préparations, l'épithélium stratifié analogue à l'épithélium vaginal.

Le corps de l'utérus ne présentait aucune partie carcinomateuse.

Observation XIII

Cancer du col utérin chez une jeune fille de 19 ans

(Eckart. *Archiv. für Gynec.*, 1887, t. XXX, n° 3, p. 471)
(Résumée d'après traduction de M. D. Marcus)

Mlle H..., de Winzig, âgée de 19 ans, réglée abondamment et régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

La malade a remarqué sa tumeur il y a quatre semaines.

Examen. — A la vulve se voit une tumeur grosse comme une tête d'enfant, saignant fortement au contact, continuée en haut par un pédicule musculaire de l'épaisseur du doigt, qui va s'insérer à la partie supérieure du vagin, lequel a conservé une hauteur normale.

Au dessus, on trouve le corps utérin avec les dimensions qu'il affecte d'ordinaire chez les vierges.

A un examen plus détaillé, on remarque, au voisinage de la face antérieure de la tumeur, une étroite fente transversale, par laquelle une sonde entre dans l'utérus jusqu'à une profondeur de 10 centimètres, suivant une direction normale, c'est l'orifice du col.

La malade étant en position de taille, on ampute le col au galvanocautère, aussi haut que possible.

La guérison se fait normalement.

Six jours après, la malade quitte l'hôpital.

Examen des pièces. — a) *Examen macroscopique.* — Tumeur ovoïde, longue de 9 centimètres environ, d'odeur fétide, elle offre quelque ressemblance avec un myome et aurait pu en imposer pour une inversion utérine totale. A 3 centimètres de l'extrémité supérieure, on voit une partie rétrécie.

La surface de la tumeur d'une couleur gris-rouge sale, est garnie, à la partie inférieure surtout, de saillies noduleuses d'une grosseur variant entre celle d'un pois et d'une noisette ; quelques-unes sont ulcérées et saignantes.

A l'extrémité supérieure, on voit une partie large de 2 cen-

timètres, longue de 3, surélevée de 3 millimètres, de couleur brun-rouge, qui va jusqu'à la surface de section.

Au dessus de cette saillie, on reconnaît nettement le canal cervical.

Une recherche plus complète montre la lèvre antérieure du col allongée en forme de V renversé.

Sur une coupe verticale, on voit la partie postérieure du canal cervical fortement allongée dépassant de 5 millimètres la lèvre antérieure. Cette lèvre postérieure se continue directement avec une grosse tumeur dure. Celle-ci présente des saillies brun-rouge de grosseur variable, et d'autres parties gris-rouge pâle, ressemblant au carcinome simple de la mamelle.

La muqueuse cervicale rouge pâle est bosselée, elle offre l'aspect d'un ventricule infantile.

b) *Examen microscopique.* — A la partie supérieure de la tumeur, on trouve de grosses cellules polymorphes à gros noyaux fortement colorés par l'hématoxyline ; ces cellules sont disposées en amas ou en cordons entre des faisceaux musculaires lisses, plus ou moins dissociés. Le tissu conjonctif est infiltré de cellules, on y voit des capillaires pleins et dilatés et des foyers d'hémorragies.

Dans les parties inférieures, on voit des cavités circonscrites par du tissu musculaire lisse, pleines de sang, et communiquant entre elles.

On trouve des vaisseaux remplis d'une matière homogène grise après coloration par l'hématoxyline, avec des noyaux colorés en bleu : impossible de savoir si c'est là une thrombose simple ou hyaline, l'aspect très homogène de la substance ferait plutôt admettre la seconde hypothèse.

En certains points, les cellules épithéliales simulaient des cellules fusiformes, mais un examen attentif a permis de les reconnaître.

Toutes ces cellules ont un gros noyau et peu de protoplasma...

.....

Les régions ulcérées de la surface sont recouvertes d'un enduit rappelant les fausses membranes diphtériques, ces concrétions ne se voient pas dans les vaisseaux. Il semble que ces ulcérations soient le résultat de la thrombose hyaline. Les microorganismes n'y seraient venus qu'après coup, car nulle part il n'y a eu suppuration.

La muqueuse du col présente dans toute sa longueur une hyperplasie considérable des éléments glandulaires. Les coupes montrent des bourgeons en forme de massue offrant par place des cellules épithéliales irrégulières, polymorphes, aplaties.

La lumière du canal est toujours conservée.

A la partie supérieure seulement de la tumeur, on voit, dans le tissu conjonctif intraglandulaire, des cellules épithéliales en amas et en travées.

Dans quelques préparations seulement, on saisit nettement la liaison entre les travées épithéliales pénétrant profondément dans le tissu musculaire et les hyperplasies glandulaires décrites plus haut.

Quelques coupes ayant, par hasard, intéressé dans une grande partie de sa longueur un canal glandulaire, on y voit une lumière glandulaire ouverte en haut et bordée de cellules cylindriques typiques. Vers en bas, les cellules ont de plus en plus proliféré, se sont déformées par pression réciproque, et ont donné des fusées cellulaires dans les tissus environnants, sous forme de cavités pleines de cellules polymorphes.

L'hypertrophie du col et surtout de sa lèvre postérieure serait la lésion primitive ; ce n'est que plus tard que se serait formé, peut-être sous l'influence de l'irritation due à l'inflammation chronique, un carcinome développé aux dépens des glandes du col utérin.

Observation XIV

Carcinome de l'ovaire chez une fillette de 8 ans. — Généralisation à la cavité péritonéale. Mort

(*In* thèse de L. Mariage. Paris, 1895)
(Résumée)

X..., âgée de 8 ans. Amaigrissement, troubles digestifs, augmentation de volume de l'abdomen. Paroi abdominale mince, circulation veineuse superficielle augmentée, ventre proéminent surtout dans la région sous-ombilicale.

Matité presque complète jusqu'au niveau de l'ombilic.

Paroi tendue, palpation difficile, sensation de flot. Diagnostic : ascite.

Rien dans les antécédents de la malade.

Rien à l'examen du thorax.

Quelques semaines après le premier examen : augmentation de volume du ventre, dyspnée, ponction abdominale qui donne environ 8 litres de sérosité roussâtre, d'aspect hémorragique. Après la ponction, la palpation révèle l'existence de masses irrégulières, disséminées un peu partout dans la cavité abdominale. Le liquide se reproduit rapidement. On fait successivement trois paracentèses et on porte le diagnostic de tuberculose péritonéale.

Au mois d'août, c'est-à-dire 8 mois après le début de la maladie qui datait de janvier, signes de cachexie profonde œdème des jambes, diarrhée, la distension abdominale s'exagère.

Mort le 20 septembre.

Autopsie. — Sérosité hématique rougeâtre dans la cavité péritonéale, noyaux bruns et mous très nombreux dans le péritoine, sur le foie et la rate, enfin sur les franges épiploïques. Un noyau dans la rate.

Ovaires énormes mamelonnés, fermes, bourgeons en choufleur. Utérus et trompes normaux.

Rien dans les autres viscères.

En somme : néoplasme des deux ovaires avec généralisation abondante au péritoine, noyau secondaire dans la rate.

Examen histologique. — Membrane épaisse, formée par les stratifications conjonctives, ressemblant à la paroi des kystes ordinaires de l'ovaire : vaisseaux rares. En quelques endroits amas épithéliaux allongés en fuseau. De la partie profonde de cette membrane partent des tractus anastomosés, formés de tissu conjonctif embryonnaire, adulte ou rappelant le tissu muqueux. En quelques points, fibres cellules. Dans les interstices : cellules épithéliales disposées de façon à donner toutes les phases de transition entre le revêtement régulier glandulaire et l'aspect de prolifération diffuse des tumeurs épithéliales atypiques.

Les éléments épithéliaux sont cubiques, à noyaux ovoïdes et un certain nombre présentent une dégénérescence muqueuse de leur protoplosma. En quelques endroits l'épithélium a disparu et est remplacé par une substance finement granuleuse distendant la cavité et refoulant les épithéliums de revêtement.

On pourrait donner ces coupes comme types d'épithélioma cylindrique, tel qu'on le rencontre au niveau du tube digestif.

Observation XV

Epithélioma de la lèvre et de l'aile du nez chez une enfant de 8 ans (*Krasnoboef Vracht,* 1892, n° 51. *In* thèse de Léon Mariage. Paris, 1894-95)

Fille de 8 ans. Sur la moitié droite de la lèvre supérieure et sur l'aile droite du nez existe une ulcération humide à bords infiltrés et parsemés de nodules superficiels. Adénopathie maxillaire. Les gencives du même côté sont enflammées, saignantes, couvertes de détritus purulents. Après un essai de traitement antisyphilitique (iodure de potassium) on fait l'ablation des parties malades et on répare la brèche par une opération autoplastique qui réussit fort bien.

L'examen histologique a montré l'existence d'un cancer épithélial de la peau.

(Société de pédiatrie de Moscou, 7 décembre 1892.)

Observation XVI

Epithélioma de la lèvre supérieure chez un garçon de 15 ans
(Gangolphe. *Lyon Médical*, octobre 1892. *In* thèse de L. Mariage)
Paris, 1894-1895)

Fr. Mar..., 15 ans, manœuvre-maçon entre le 4 septembre 1891 salle Saint-Pothin, n° 9, pour une ulcération de la lèvre supérieure. On ne relève rien de saillant dans ses antécédents pathologiques héréditaires, collatéraux ou personnels ; aucun signe de scrofule ni de syphilis.

La maladie actuelle date de 8 mois environ ; elle débuta par une ulcération minuscule sur la partie médiane de la lèvre supérieure (le malade prétend que cette ulcération s'est développée au niveau d'une petite plaie produite par un coup de griffe de chat). Il se forma une croûte que le malade arracha ; peu à peu l'ulcération s'agrandit et se creusa. Pas de douleur ni de démangeaison, la plaie ne saignait pas, suintait très peu, et n'offrait aucune tendance à la cicatrisation.

Actuellement, on constate que la santé générale est excellente, il n'existe aucun trouble viscéral : ce garçon, sans être grand, est fort et bien constitué.

On ne trouve nulle part de stigmates syphilitiques, bonne dentition, squelette intact, pas la moindre adénopathie. Pas de lésions oculaires ni dozène. Bref, on est conduit, de par l'examen général du sujet, à réprouver toute idée de tuberculose ou de syphilis.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il donne : l'ulcération, située exactement au milieu de la lèvre supérieure, empiète également sur la muqueuse et sur la peau. Elle a la forme d'une ellipse allongée transversalemnt, de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes. Elle se compose de deux parties distinctes : une partie centrale, anfractueuse, de couleur noirâtre, et une partie périphérique, saillante, en forme de bourrelet, très dure au toucher.

Dans les régions sous-maxillaires, on trouve quelques ganglions très petits, n'excédant pas le volume normal.

En présence de ces signes locaux et généraux, négatifs au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, nous recommandons de panser l'ulcération aseptiquement et ordonnons l'iodure de potassium.

Le 9 septembre, nous trouvons qu'un changement manifeste s'est produit (probablement sous l'influence des soins de propreté), le bourrelet périphérique s'est un peu affaissé, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre.

10 octobre. — Ce semblant d'amélioration ne s'est pas maintenu, au contraire, l'ulcération tendait à augmenter et à se creuser malgré 6 grammes d'iodure.

Nous souvenant alors d'un sujet de 20 ans opéré par Léon Tripier, pour un épithélioma de la lèvre, nous pensons qu'il en est peut-être de même pour notre sujet et nous pratiquons l'ablation de la lésion.

Voici les résultats fournis par l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique : « La pièce présente une dépression cupuliforme de 1 c. $\frac{1}{2}$ de diamètre ; au centre, bourgeons épidermiques reposant sur des couches musculaires dissociées par la sclérose ; au centre même de l'ulcération, la couche musculaire est mise à nu ; en se rapprochant de la périphérie, la couche des bourgeons épidermiques s'épaissit progressivement et atteint son plus grand développement au-dessous de l'épiderme marginal. A ce niveau, on rencontre quelques globes cornés, dont un groupe est sur le bord immédiat de la section. Le plus grand nombre de bourgeons n'est composé que de cellules épidermiques très embryonnaires, sans évolution cornée manifeste ; par contre, quelques globes cornés ont subi une sorte de fonte destructive secondaire. Le tissu interstitiel ne présente pas d'infiltration embryonnaire. »

Ajoutons que nous n'avons pas pratiqué l'ablation de ganglions ; les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne nous ont paru absolument indemnes. Nous insistons sur ce point, car nous ne nous souvenons pas avoir jamais opéré un épithélioma labial chez l'adulte, sans avoir (conformément à la pratique

systématique de Mollière et de Tripier) fait le curage ganglionnaire de ces diverses parties. A l'heure actuelle, il n'existe aucune trace de récidive et le résultat plastique est très satisfaisant.

Ce fait emprunte un intérêt évident à sa rareté.

Observation XVII

Epithélioma de la face ayant débuté chez un sujet à l'âge de 13 ans. Large ablation

(Termier. *Prov. médic.*, 10 févr. 1900. In *Revue des mal. cancér.*, 1900, p. 96)

Début de l'affection à l'âge de 13 ans. L'ulcération augmente très lentement pendant 7 ans, et, en 1898, on note sur la joue droite une ulcération de la largeur de la paume de la main, accompagnée d'un suintement à odeur désagréable ; le fond en était sanieux, couleur de jambon fumé, anfractueux. Bords indurés taillés à pic. Pas de ganglions. Traitement spécifique sans résultat.

En décembre, intervention. Le périoste du malaire étant pris, on pratique la résection de cet os. La brèche opératoire est de la largeur de la main et entame l'angle externe de l'œil. Pour la recouvrir, on taille deux lambeaux pris l'un sur le cou, l'autre sur la région temporale. Après pivotement de ces lambeaux, il reste une surface cruentée de la largeur d'une pièce de 5 francs qu'on laisse cicatriser par bourgeonnement.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancroïde mais à allure peu maligne.

Depuis l'intervention, c'est-à-dire, depuis 14 mois, aucune récidive ne s'est produite, mais le malade présentant, par suite de la rétraction cicatricielle, un léger ectropion, on lui fit, il y a un mois, une autoplastie par évidement des bords palpébraux, et libération du cul-de-sac conjonctival. De plus, à l'aide de l'électrolyse, on a détruit les follicules pileux qui sont sur la partie la plus externe du lambeau emprunté à la région cervicale.

Observation XVIII

Epithélioma calcifié de la tempe

(MM. Souligoux et Pilliet. *Bull. Soc. anat.*, mai 1898)

Observation prise par M. Souligoux. — Le nommé F..., âgé de huit ans est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux, pour se faire opérer d'une petite tumeur temporale gauche.

Les antécédents héréditaires sont les suivants : deux membres de sa famille ont été atteints de tumeurs de la face ; un d'eux, la tante du sujet, a eu une tumeur de la face qui a nécessité une intervention à laquelle du reste elle succomba quelques temps après.

Antécédents personnels. — Cet enfant a eu, il y a quelques années, la rougeole, puis un érysipèle il y a cinq ans ; à ce moment, il eut une petite tumeur au niveau de la région sous-maxillaire ; l'extirpation en fut pratiquée.

Peu après, la tête, le cou furent envahis par de nombreux petits furoncles qui évoluèrent normalement, laissant à leur suite une légère cicatrice blanchâtre où les cheveux n'ont pas repoussé. Un de ces furoncles siégeait à la tempe gauche ; il n'évolua pas, ne suppura pas comme les autres, mais resta dur et pendant longtemps, persista sous la forme d'un petit noyau, mobile, solide, non douloureux. Il y a deux mois environ, cette petite masse augmenta peu à peu et la mère qui s'en aperçut, l'amena à l'hôpital pour qu'on en fît l'extirpation. Cette tumeur est aplatie, d'une longueur de 1 centimètre et demi ; elle est mamelonnée, très dure, comme crétifiée, adhérente par places à la peau, mobile sur les partie profondes ; elle n'est pas douloureuse. L'extirpation en fut facile, contenue qu'était cette petite masse dans une sorte de loge.

Examen histologique par M. le docteur Pilliet, chef de laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité. — Les coupes de la petite tumeur, après décalcification légère par l'acide picrique ont montré les détails suivants : il existe un stro-

ma de tissu fibreux moyennement abondant, extrêmement peu vasculaire, englobant des masses épithéliales irrégulières, découpées en jeu de patience, et anastomosées toutes entre elles de façon à constituer un tout continu.

L'aspect général est donc celui d'un épithélioma du type cutané. Mais, en regardant de plus près, on aperçoit de nouveaux détails. Les cellules épithéliales sont toutes polyédriques, par pression réciproque ; elles ont la disposition générales des cellules des glandes sébacées, mais elles sont beaucoup plus petites. Leur protoplasma est chargé de grains calcaires arrondis, extrêmement nombreux, réservant le noyau. Celui-ci se colore difficilement, il existe même des îlots épithéliaux tout entiers dans lesquels le carmin d'alun ne colore rien. Au centre de quelques-unes de ces masses, les plus volumineuses, les cellules se groupent en globes épidermiques assez gros.

Le stroma ne contient pas de tigelles osseuses, contrairement à ce qu'on voit dans quelques-unes de ces tumeurs. Il est également très peu riche en éléments colorables. Il est beaucoup moins chargé de sels calcaires que les cellules épithéliales et présente même par places des vacuoles et des pertes de substance. Il en résulte une grande inégalité de consistance dans la tumeur.

Observation XIX

Epithélioma du rein gauche propagé à la veine cave inférieure par la veine rénale. Noyau secondaire dans le poumon droit.
Néphrite parenchymateuse à droite

(P. Haushalter. *Revue méd. de l'Est,* 1er mai 1895. In *Revue des mal. cancér.*, 1895-96, p. 38)

Enfant de 9 ans présentant, depuis 2 ou 3 ans, de la diarrhée, de l'amaigrissement et de l'augmentation graduelle du ventre. Actuellement, œdème blanc des membres inférieurs ; léger œdème des paupières et de la face, dilatation des veines de l'abdomen, qui est globuleux, souple et sonore partout, sauf dans le flanc gauche.

A ce niveau, tumeur profonde, dure et lisse, mesurant 11 centimètres en hauteur et 12 en largeur ; limitée, en dedans, par un rebord mousse, elle se perd, en dehors, dans la région lombaire. Douleurs à la palpation et dans les mouvements. Diarrhée ,vomissements, symptômes de bronchite. Urines albumineuses (15 gr. par litre), non sanguinolentes. Mort rapide.

Autopsie. — Le rein gauche est transformé en une volumineuse tumeur, adhérente, en avant, au côlon descendant, et pesant 1.200 grammes ; sa circonférence transversale est de 31 centimètres, sa circonférence verticale de 40 centimètres. A sa partie inféro-interne se trouve un ganglion du volume d'un gros œuf. L'uretère est effacé par compression. A la coupe de la tumeur, la surface de section est sillonnée de tractus blancs fibreux, circonscrivant des espaces d'où saillissent des masses blanchâtres, d'aspect ladacé. Artère rénale perdue dans le tissu de la tumeur.

Le rein droit volumineux, mesure 14 centimètres en hauteur et 13 en largeur ; il offre l'aspect d'un gros rein blanc bigarré. Uretère perméable. Artère gauche normale.

La veine cave inférieure, dans la portion correspondant à la région rénale, présente sur une longueur de 12 centimètres l'aspect d'une grosse masse boudinée, blanche, dans laquelle il est impossible, à première vue, de distinguer l'aspect d'une veine ; cette masse présente une largeur de 4 centimètres ; elle se trouve située à droite et un peu en avant de l'aorte ; sur toute cette longueur, la veine cave est remplie de tissu néoplasique, qui, à la partie inférieure et supérieure, se termine brusquement sous forme d'un bourgeon arrondi, lisse ; au-dessus et au-dessous du néoplasme intraveineux, la lumière du vaisseau, un peu élargie, est libre, et la paroi de la portion saine de la veine se continue sans transition avec celle qui renferme le tissu de néoformation.

La veine rénale droite, perméable et normale en sortant du rein droit, se dilate brusquement et à 1 centimètre environ

de la veine cave ; à ce niveau, son calibre est envahi par un bourgeon néoplasique parti de la veine cave.

Quant à la veine rénale gauche, absolument méconnaissable à première vue, elle est représentée par une masse néoplasique de 2 centimètres de large qui, partant de la tumeur rénale, la relie à la tumeur de la veine cave, en se confondant à sa partie inférieure avec la tumeur ganglionnaire.

Poumons congesionnés, pus dans les bronches ; dans le poumon droit, au niveau de la languette externe du lobe supérieur, on trouve une masse blanchâtre, sous-pleurale, dure, lardacée, du volume d'un petit marron.

L'examen histologique a montré qu'il existait au sein de la tumeur, riche en cellules fusiformes, des foyers constitués par des tubes épithéliaux, plus ou moins nombreux ; quelques uns de ces foyers n'étaient composés que d'un très petit nombre de tubes. Le contour de ces foyers était sinueux, irrégulier, chacun d'eux était constitué par une réunion de figures, formée chacune par la disposition d'éléments cellulaires autour d'une lumière centrale ; quelques unes de ces figures arrondies ou ovalaires, rappelaient l'apparence des tubuli contorti ; d'autres festonnées, polycycliques, présentaient par places des dépressions, des éperons, ou dans leur lumière des amas cellulaires végétants, adhérents à la paroi ou détachés ; ces figures irrégulières semblaient constituées par la confluence de plusieurs tubes ouverts les uns dans les autres.

Ces tubes étaient tapissés par des cellules cylindroïdes, allongées, disposées sur une ou deux couches.

Le néoplasme s'était propagé par la veine rénale gauche jusque dans la veine cave, dont la lumière était bourrée sur une partie de son étendue par du tissu cancéreux.

Observation XX

Volumineux cancer du rein. Néphrectomie lombaire.
Pas de récidive au bout de 8 mois

(E. Loumeau. *Journ. méd. Bordeaux*, 29 oct. 1899. In *Rev. des mal. cancér.*, 1900, p. 97)

Jeune fille de 16 ans. En 1896, chute sur la région lombaire gauche, qui, depuis ce jour, n'a cessé d'être douloureuse, en même temps qu'apparaissaient des hématuries, qui, pendant plus de deux ans, ont persisté plus ou moins abondantes. A plusieurs reprises, crises de coliques néphrétiques dues à des caillots sanguins. Augmentation considérable du rein gauche.

La néphrectomie lombaire permet d'enlever une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Guérison malgré une suppuration de la plaie et formation d'un abcès iliaque. La malade, revue huit mois après l'opération, avait engraissé de 10 kilos. Le rein droit avait subi une hypertrophie compensatrice. A l'examen histologique, on a constaté que la tumeur était un épithélioma.

Observation XXI

Adéno-carcinome du rein extirpé avec succès

(Carlier. Société médicale Nancy, 28 février 1900. In *Revue des mal. cancér.*, 1901, p. 86)

Enfant de six mois, atteint depuis peu, après sa naissance, d'une tumeur de la moitié gauche de l'bdomen ; actuellement dure, mobile, elle offre le volume d'un poing d'adulte et paraît indépendante de la rate. Incision de von Bergmann-Czerny. Tumeur du rein. Adéno-carcinome. Pas d'accidents au bout de onze jours.

Observation XXII

Epithélioma de la langue chez un garçon de 11 ans

(G. Variot, médecin des hôpitaux. *In* thèse de G. Martin. Montpellier, 1906)
(Résumée)

J. G..., âgé de 11 ans. Début de la maladie impossible à fixer.

Examen. — Ulcération de la face inférieure de la langue, surtout à gauche, légèrement saillante, bords nets, fond rouge, bourgeonnant, présentant quatre petits points jaunes. Peu de douleur et de saignement au contact. Volume et forme de la pointe conservés. Sensation de dureté en pinçant la langue entre le pouce et l'index. Prononciation normale, mastication un peu douloureuse. Sur la face dorsale de la langue : surface légèrement saillante, hérissée de saillies non ulcérées. Muqueuse indurée dans cette région. Le reste de la muqueuse buccale paraît sain. Pas d'hypertrophie ganglionnaire au cou.

Antécédents personnels. — Rougeole bénigne à 4 ans. Bon état général.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père serait sujet à s'enrhumer depuis une fluxion de poitrine. Un frère mort de congestion au cerveau (?), trois autres de méningite (?), une sœur vivante et bien portante âgée de 20 ans.

On fait pendant un mois le traitement antisyphilitique sans aucun résultat.

L'enfant est conduit devant la Société médicale des hôpitaux ; la plupart des médecins pensent à la tuberculose.

Dix mois après, le jeune malade revient. Bon état général, mais l'état de la langue est le même.

On enlève, aux ciseaux, un morceau de la surface ulcérée pour l'examiner au microscope.

Examen histologique. — Morceau fixé par alcool absolu et coupé après réfrigération. Coloration au picro-carmin. Montage dans la glycérine

Au faible grossissement : trabécules imbriquées, fortement colorées par le carmin. Entre elles, tractus rosés. En quelques points, grosses vacuoles remplies de substance jaunâtre, offrant la teinte des hématies.

A un grossissement plus fort, les trabécules colorées sont reconnue pour des assises de cellules polyédriques. Le noyau de ces cellules paraît bourgeonnant, quelquefois double.

Démarcation nette entre les cellules épithéliales et le tissu

conjonctif, bien qu'il n'y ait pas de vitrée basale à proprement parler. Les tractus rosés sont formés de fibres conjonctives parsemées de cellules fixes sans accumulation d'éléments embryonnaires. Nulle part on ne voit de groupement de cellules embryonnaires, ni follicules pouvant rappeler les follicules tuberculeux. Pas de globes épidermiques, mais une tendance des cellules épithéliales à se tasser et à s'allonger par place.

Les vacuoles jaunes sont remplies d'hématies. Quelques-unes sont vides, probablement par suite des manipulations.

Diagnostic. — Epithélioma paraissant avoir comme point de départ la couche de revêtement de la face inférieure de la langue.

Observation XXIII

Cancer de la langue chez un jeune homme de 18 ans
(M. H. Morestin. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1910, p. 387)

Les cancers de la cavité buccale sont, chacun le sait, extrêmement rares chez les sujets jeunes. En voici pourtant un exemple indiscutable :

Le malade que je vous présente n'avait pas 19 ans quand il a été opéré par moi d'un cancer de la langue accompagné d'adénopathies cervicales. Il est entré, le 10 février dernier, dans mon service de l'hôpital Tenon, salle Nélaton, 17, m'étant adressé par notre collègue M. Ravaut. Il présentait, sur le bord droit de la langue, un cancer absolument typique ; large ulcération végétante, couverte de formations papillaires fines et irrégulières, saignottant au plus léger frottement, reposant sur une tumeur s'enfonçant dans la profondeur de l'organe, entourée d'un bourrelet dur, présentant des stries vasculaire. Çà et là, on aperçoit, à la surface de l'ulcère, des points blancs dont la pression fait sourdre des vermiothes. La langue est encore très mobile. La lésion apparente est comparable, par son volume, à une noix. Elle siège sur la partie moyenne du bord droit. Le jeune homme a constaté l'existence de la lésion quatre mois environ avant le moment où nous

l'observons. Il déclare n'avoir pas eu la syphilis. Il n'en présente d'ailleurs aucune trace, et la réaction de Wassermann. recherchée par M. Ravaut, est demeurée négative. Sur la muqueuse buccale, on ne peut découvrir la plus petite leucoplasie. On note, dans la région sous-maxillaire, un ganglion augmenté de volume, arrondi, dur, mobile. Un certain empâtement de la région carotidienne supérieure laisse entendre qu'il existe sous le sterno-mastoïdien d'autres glandes engorgées, plus volumineuses encore.

L'état général est médiocre. Le sujet est pâle et d'apparence chétive. Pourtant, sa santé habituelle est bonne ; l'affection actuelle est sa première véritable maladie.

Je décide de l'opérer en deux temps.

Le 16 février, je pratique l'évidement très complet des loges ganglionnaires cervicales du côté correspondant à la lésion. J'enlève donc la glande sous maxillaire avec les ganglions correspondants, tous les ganglions des chaînes carotidiennes antérieure et postérieure avec leur atmosphère cellulo-graisseuse et j'évide de même le creux sus-claviculaire.

De nombreux ganglions sont déjà considérablement altérés et manifestement cancéreux, quoique peu volumineux encore. En raison de leur adhérence au sterno-mastoïdien et à la veine jugulaire interne, je suis contraint de sacrifier ces deux organes.

Je termine en pratiquant la ligature de la carotide externe, de la faciale et de la thyroïdienne supérieure.

Les suites sont très simples, et, le 28 février, je complète l'intervention par l'ablation de la moitié droite de la langue et du plancher buccal. Je réincise à cet effet la partie antérieure sous-maxillaire de la cicatrice ; j'amène la langue dans la plaie sus-hyoïdiene, la sectionne dans son plan médian jusqu'à l'os hyoïde et supprime exactement la moitié droite avec toute la muqueuse du plancher, à droite de la ligne médiane, la glande sublinguale correspondante, et toute la graisse au-dessus du mylo-hyoïdien, muscle que j'ai dû sectionner naturellement pour attirer la langue.

Cette fois encore, la cicatrisation est obtenue rapidement, et le 22 mars notre malade peut quitter l'hôpital avec sa plaie parfaitement fermée

Le 2 mars il avait eu 19 ans.

Je n'insisterai pas sur la question opératoire, en particulier sur la technique de l'exitrpation des ganglions, technique dont j'ai donné récemment un résumé dans les *Bulletins de la Société anatomique* (mars 1910).

Je me bornerai à faire remarquer que l'ablation du sterno-mastoïdien n'a laissé aucune gêne notable dans les mouvements de la tête et du cou et que la résection de la jugulaire interne n'a eu aucune fâcheuse conséquence. C'est d'ailleurs la trente-septième fois que je fais la résection unilatérale de ce gros tronc veineux sans voir survenir aucun accident.

Le point intéressant de cette observation est assurément le jeune âge du sujet, qui avait 18 ans seulement quand la maladie a commencé, et qui a été opéré avant d'avoir 19 ans.

Pour ma part, tous les malades atteints de cancer de la langue que j'ai vus, et ils sont aujourd'hui fort nombreux, était de beaucoup plus vieux. Notez que, dans ce cas, il ne saurait persister aucun espèce de doute sur le diagnostic. Il était évident cliniquement ; l'examen macroscopique des pièces confirmait de la façon la plus nette les impressions fournies par la clinique ; enfin, l'étude microscopique, faite avec soin par M. Ravaut et notre interne commun Verdun, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés vulgaire.

Observation XXIV

Carcinome des ganglions mésentériques chez un garçon de 11 ans

(Stern. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1892, n° 22. *In* thèse de L. Mariage. Paris, 1894-1895)

(Observation prise, en 1888, à l'hôpital Marie, de Dusseldorf)

Un garçon de 11 ans, Jos. St.., d'Obercassel, fut amené à l'hôpital en vue d'une opération à cause du développement de l'abdomen.

Dès son entrée, on constate chez cet enfant, déjà fortement cachectisé, une tumeur dure de la cavité abdominale. Cette tumeur occupait surtout la partie médiane de l'abdomen, s'étendait un peu vers la gauche ; elle était un peu mobile, et, à la palpation, paraissait mamelonnée.

Le foie et la rate n'étaient pas le point de départ de la tumeur.

Le diagnostic resta hésitant entre une tumeur du rein et une tumeur développée entre les feuillets du mésentère.

L'état général de l'enfant ne permettait pas d'intervenir.

Autopsie le 17 septembre 1888. On trouva une énorme tumeur dure, largement développée entre les feuillets du mésentère.

Cette tumeur fut reconnue macroscopiquement et microscopiquement comme un carcinome ayant débuté par les ganglions mésentériques.

Observation XXV

Carcinome primitif du pancréas dans l'enfance

(Docteur A. Kühn. *Berl. Klinische Wochenschrift*, 1887, n° 27)

Il s'agit d'une petite fille âgée de 2 ans, qui présentait depuis quelques semaines de la diarrhée et une anémie profonde. Il ne fut possible d'attribuer cet état maladif ni à la syphilis, ni à aucune affection infectieuse aiguë. Il existait, chez la petite malade, un œdème généralisé, de l'ascite, de la bronchite et un état cachectique profond. Les selles étaient d'un jaune brunâtre.

Rien d'anormal du côté des ganglions lymphatiques et de la rate. Durant les derniers jours qui précédèrent la mort, les diarrhées étaient aqueuses, décolorées. Mort par pneumonie.

Autopsie. — On trouve un carcinome adénoïde, à cellules cylindriques, du pancréas, avec un noyau métastasique dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Observation XXVI

Un cas d'épithélioma congénital développé aux dépens de l'organe adamentin (Massin. *Virchows Archiv.*, 1894, t. CXXXVI. *In* thèse de L. Mariage. Paris, 1894-1895)

Le 15 février 1893, une primipare accoucha, à la Maternité de Saint-Pétersbourg, d'une fille bien développée et pesant 3.150 grammes.

A l'examen de l'enfant, on découvrit deux tumeurs qui sortaient de la cavité buccale et qui, soulevant la lèvre supérieure, empêchaient la fermeture de la bouche de se faire complètement.

A un examen plus minutieux, on vit que les tumeurs provenaient du bord de la gencive de la mâchoire supérieure. L'une des tumeurs avait le volume d'un gros haricot, l'autre celui d'une cerise. Les tumeurs étaient recouvertes de muqueuse d'apparence normale, de consistance ferme, indolentes, ne saignaient pas et étaient attachées par un large pédicule. Comme elles gênaient la fermeture de la bouche et empêchaient l'enfant de prendre le sein, on décida de les enlever par une opération qui fut pratiquée le quatrième jour après la naissance.

L'opération fut faite sans narcose, très facilement et sans causer de douleur. Après avoir placé une ligature à la base des tumeurs, on les enleva avec des ciseaux. Pas d'hémorragie.

A la coupe, le tissu de la tumeur était de couleur rosée et de consistance compacte. Le même soir, l'enfant prit le sein, et trois jours après, la mère retourna chez elle avec son enfant tout à fait bien portant. Les pédicules des tumeurs paraissaient un peu rentrés dans la gencive.

L'intérêt de ce cas, sans tenir compte des particularités cliniques qui rendaient l'opération nécessaire, réside dans la structure caractéristique des tumeurs enlevées. C'est ce qui nous fait publier cette observation.

La consistance de la tumeur, la couleur rosée de la muqueuse qui la recouvrait, cette même couleur du tissu de la tumeur à la coupe, nous permettaient de croire, *a priori*, que nous avions affaire à un fibrome congénital de la gencive. Cependant, l'examen microscopique montra que la tumeur tout entière était principalement formée d'éléments épithéliaux.

Observation XXVII

Cancer épithélial du larynx chez une enfant de 8 mois

(Dufour. Société anatomique, 1865. *In* thèse de L. Mariage. Paris, 1894-95)

X..., née le 8 janvier 1864. Accouchement et vaccination ne présentèrent rien de remarquable.

8 *septembre* 1864. — La respiration s'accompagne de sifflement assez bruyant pour empêcher le sommeil des parents. Les accès de sifflement et de suffocation duraient huit à dix heures. Cris impossibles ; pas de cyanose ; murmure vésiculaire à peine perceptible, pas de râles. Rien au cœur. Dépérissement surtout depuis huit jours.

15 *octobre*. — Dyspnée excessive, asphyxie imminente.

17 *novembre*. — Consultation avec M. Bergeron, qui regarde la mort comme imminente.

27. — Consultation avec M. Barthez. Même pronostic.

12 *décembre*. — Œdème des *membres inférieurs*.

29. — L'œdème a disparu, légère amélioration, accès de suffocation violents jusqu'au 15 janvier. Dans la nuit, après quelques accès de suffocation, l'enfant peut téter ; elle s'endort et meurt sans s'être éveillée.

Autopsie faite avec M. Bergeron.

Poumons et cœur sains.

Larynx fermé par une masse d'un blanc laiteux ; il existe en arrière un petit pertuis encore perméable d'un millimètre de diamètre environ.

La tumeur occupe l'espace circonscrit par les cordes vocales supérieures et inférieures. Apparence mamelonnée. M. Robin constate, au microscope, que cette tumeur est entièrement formée de cellules épithéliales pavimenteuses.

Observation XXVIII

Des tumeurs malignes du testicule et des métastases qu'elles déterminent

(Most. *Arch. für path. anat. und Phys.* CLIV, 1. *In Revue des mal. cancér.*, 1899, p. 172)

Observation d'un enfant de 2 ans et demi, atteint d'une tumeur du testicule gauche. Extirpation. Quinze jours plus tard, on trouve une masse assez volumineuse au-devant du râchis. Une seconde intervention demeura incomplète et l'enfant mourut très vite. A l'autopsie, on découvrit une tumeur rétropéritonéale avec de nombreuses métastases dans le foie, les reins, les poumons, les ganglions mésentriques et bronchiques, voire même au niveau du genou. Au point de vue microscopique, l'auteur en a fait un hémangio-épithéliome, la tumeur ayant une structure alvéolaire avec des lacunes tapissées d'un endothélium et remplies de globules sanguins. Ce genre de tumeurs présente une malignité extrême, et lorsqu'on intervient pour la lésion primitive, les ganglions sont déjà envahis.

Observation XXIX

Tumeur épithéliale primitive de l'encéphale chez un enfant de 8 mois

(G. Boudet et J. Clunet. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, t. XXII, n° 3, mai 1910, pp. 379 et 411). *In* Revue du cancer, tome I, n°° 2 et 3. 1911)

. . . . . .

Le cas provient d'un enfant de 8 mois ayant eu des signes de lésion encéphalique indéterminée et mort de broncho-pneumonie intercurrente. On trouve une tumeur grosse comme une mandarine, à la base du cerveau, au niveau de la fente de Bichat. Elle était kystique, à contenu gélatineux.

Mêmes cavités d'origine vasculo-conjonctive que dans le cas précédent (cette observation est précédée de celle d'une autre tumeur cérébrale constatée chez un homme de 45 ans). De plus, les cellules polyédriques de la substance interkystique avaient, ici, une tendance très marquée à la formation des globes cornés dont les cellules périphériques étaient très basophiles, tandis que les cellules centrales offraient les réactions de la kératine.

CONCLUSIONS

I. L'existence du cancer épithélial, chez l'enfant, est indéniable, quoique sa fréquence soit bien inférieure à celle du sarcome.

II. Tous les organes peuvent être atteints, mais le tube digestif et les organes génitaux femelles semblent être, pour le cancer, des sièges de prédilection.

III. Les tendances envahissantes de ces néoplasmes sont très marquées, les métastases ganglionnaires hépatiques, et pulmonaires sont les plus fréquentes.

IV. L'anatomie pathologique ne présente avec celle du cancer de l'adulte que quelques différences de détail.

V. L'évolution est généralement très rapide.

VI. L'ablation large et précoce constitue le seul traitement, encore les récidives sont-elles fréquentes.

BIBLIOGRAPHIE

E. Forgue. — Précis de pathologie externe.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Le Dentu et Delbet. — Nouveau traité de chirurgie.

Begouin, Bourgeois, Duval, Gosset, Jeanbreau, Lecène, Lenormant, Proust, Tixier. — Précis de pathologie chirurgicale.

Ménétrier. — Le cancer. *In* Brouardel, Gilbert, Thoinot (nouveau traité de médecine et de thérapeutique).

S. Pozzi. — Traité de gynécologie.

Claude et Camus. — Pathologie générale.

Courmont. — Pathologie générale.

Dictionnaire Dechambre. — Art. : cœur, cancer, épithélioma, etc.

Christiani. — Journal de l'anatomie et de la physiologie (1891). — Les néoplasmes congénitaux.

P. Segond. — Le cancer et les accidents de travail. Congrès français de chirurgie, 1907.

Bulletin de la Société anatomique.

Bulletin de la Société de chirurgie.

Revue des maladies cancéreuses.

Revue du Cancer.

L. Mariage. — Thèse, Paris, 1895.

G. Martin. — Tèse, Montpellier, 1906.

Galard. — Thèse, Paris, 1891-92.

Essard. — Thèse, Lyon, 1906-07.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 5

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE OBSERVATION 8

CHAPITRE PREMIER. — *Historique* 11

CHAPITRE II. — *Etiologie* 13

A. — *Etiologie générale* 13

a) âge 13

b) sexe 13

c) hérédité 14

d) diathèses 14

e) Race et climat 15

f) Autres causes 15

B. — *Etiologie locale* 16

a) Traumatisme 16

b) Agent d'irritation divers 16

c) Contagion 16

CHAPITRE III. — *Anat. pathologique* 18

A. — *Anatomie macroscopique* 18

B. — *Anatomie microscopique* 19

CHAPITRE IV. — *Symptomatologie. — Evolution* 20

CHAPITRE V. — *Pronostic. — Traitement* 23

OBSERVATIONS 25

CONCLUSIONS 69

BIBLIOGRAPHIE 71